



Aldringsforsøg

Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

Otto, Marie Haulund

Publication date:
2019

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Document license:
[CC BY-NC-ND](#)

Citation for published version (APA):
Otto, M. H. (2019). *Aldringsforsøg: Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer*. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.

Aldringsforsøg

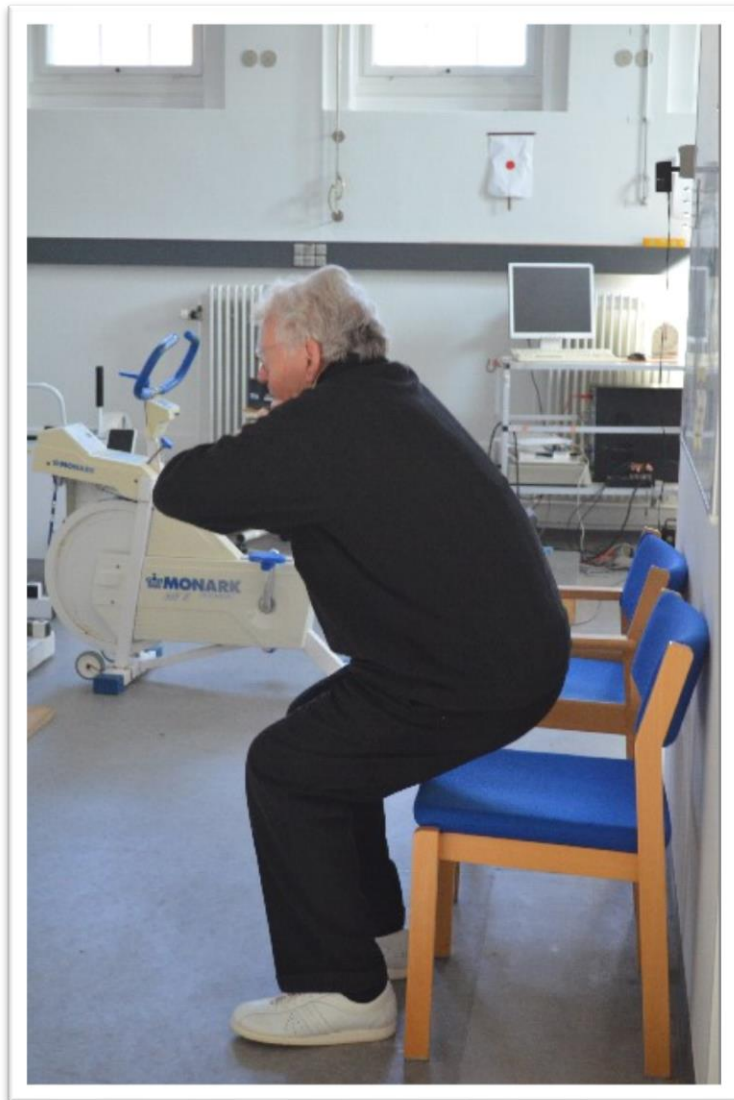
Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

Ph.d.-afhandling af Marie Haulund Otto

Afdeling for Etnologi

SAXO-instituttet, Humanistisk Fakultet

Københavns Universitet



Vejleder:

Tine Damsholt, Afdeling for Etnologi, Københavns Universitet

Taksigelser

Først og fremmest tak til alle forsøgsdeltagere som jeg har mødt i mit feltarbejde: tak for at invitere mig hjem, for samtaler om jeres liv og hverdag - tak for hjemmebak, uforudsete vingaver, kaffe (som jeg nu har lært at drikke) og digte og nedskrevne erindringer – også tak fordi I lod mig være med i situationer, hvor jeres kroppe var under pres. Tak til alle de implicerede forskere i CALM. Særligt tak til Rasmus Bechshøft, Søren Reitesleder, Grith Højbjerg og Theresa Bieler og alle jer andre på Sportsmedicinsk klinik Bispebjerg for at invitere mig til at være med i jeres daglige arbejde. Mange tak til Astrid Pernille Jespersen for at lade mig være med i CALM i det hele taget.

For thought-provoking conversations and help with trying to understand and analytically grasp 'ageing bodies on trial' I thank sociologist and ageing researcher Tiago Moreira. Tak til Signe Mellemgaard og Håkan Jönsson for gode, konstruktive kommentarer ved mit førforsvar i sin tid. Tak til Håkan Jönsson for at tage godt imod mig i Lund samme år.

En særlig varm tak til min vejleder Tine Damsholt for faglighed, vedholdenhed, rummelighed og ikke mindst langmodighed – tak for at blive ved at skubbe på. Jeg kunne ikke have ønsket mig en bedre vejleder.

Jeg har været heldig at have gode og hjælpsomme ph.d.-kollegaer på Etnologi, og for det er jeg taknemmelig: Tak til Nanna Hilm, Beate Sløk-Andersen, Marlene Paulin Kristensen, Anders Møller, Jonas Winther og Martin Arvad Nicolaisen. En ekstra tak til Signe Skjoldborg Brieghel for begavet og sjovt selskab i gode og mindre gode projektsammenhænge og for at læse min konklusion. Stor tak til Amy Clotworthy der med sin skarpe redigeringsevner satte skik på flere af kapitlerne, når jeg selv mistede overblikket – også tak for samtaler, kaffemøder, opbakning og for hjælp med det engelske.

Tusind tak til Ditte Borgvold for tålmodig, hurtig, grundig og kyndig korrekturlæsning og tekstredigering.

Tak til Sigrid Leilund for mange års følgeskab på etnologi, for værdifuldt venskab og for gensidig deling af stort og småt om ph.d.-arbejde og heldigvis også alt muligt andet. Tak til Marie Svensmark Kragh min seje og indsigtfulde veninde for at være i mit liv og for gennemlæsninger af tekst og gode kommentarer. Tak til Line Saxtorph for lange gåture og møder med og uden børn, for at vise mig værdien af fælles historie, for at være et ordentligt menneske i ordenes bedste betydning og for at spørge lige akkurat tilpas lidt ind til mit afhandlingsarbejde.

Jeg takker også min faster Lene Otto, som dengang jeg skulle vælge studie sagde, at Etnologi kunne hun godt anbefale. Selvom jeg har haft hendes tekster, ville jeg ønske, jeg kunne have spurgt hende om råd undervejs.

Tak til mine forældre for lån af arbejdsværelset, for lejlighedsvis aftensmad, for ikke at spørge for meget, for at være de bedste morforældre for vores børn og for altid at være der, når jeg/vi har brug for jer.

Kæmpe tak til min mand Esben for hverdagene, for altid at bakke mig op, for altid at gå i tørrekælderens, for at tage tusind barns-første-sygedage, for at være sjov og for at være tilfreds, stabil og rolig, også når jeg er det modsatte. Nu gider jeg godt at blive over tres, hvis du 'os stadig er her.

Til mine dejlige børn Ejnar og Inga: I er det bedste jeg ved, og I er de allervigtigste grunde til, at jeg gerne vil forsøge mig med aldring i mange år endnu.

Indhold

| | |
|---|----|
| Indledning..... | 5 |
| Forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg | 7 |
| Folkesundhedsforsøg med 'aktiv aldring' og 'længst muligt i eget hjem' | 10 |
| Sarkopeni og CALM (Counteracting Age-related Loss of Skeletal Muscle mass) | 12 |
| CALM-projektets opbygning..... | 14 |
| Etnologi i CALM-projektet | 16 |
| Introduktion til afhandlingens del 1 | 17 |
| DEL I. Etnologiske forsøg med aldring | 18 |
| Kapitel 1: Videnskabelig kontekstualisering og positionering..... | 18 |
| Kritisk kulturgerontologi og foranderlige aldringsforståelser | 18 |
| Aldrende kroppe mellem aktivitet og forfald | 21 |
| Relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver..... | 24 |
| Etnologiske hverdagslivsinterventioner | 29 |
| Hverdagsliv og (domestiske) rutiner | 32 |
| Domus og domesticering som bidrag til etnologiske aldringsforsøg | 37 |
| Aldringsforsøg som mangetydige og kollektive processer | 40 |
| Genformulering af afhandlingens problemstillinger | 40 |
| Kapitel 2: Metodologiske overvejelser | 42 |
| Indledning..... | 42 |
| Etnolog i CALM: om opdrag, positioneringer og typer af materiale | 44 |
| Fragmenteret feltarbejde i tværvideenskabelig vidensproduktion | 47 |
| Navigeringer og tilpasninger til/i laboratoriearbejdet | 51 |
| Observationer af træning: samspil med forsøgspersonerne og nye socialiteter | 53 |
| Struktureret feltarbejde i tværvideenskabelig vidensproduktion..... | 55 |
| Praktiseringer af hjem i CALM og i det etnologiske feltarbejde..... | 58 |
| En vigtig ekskurs om etik og håndtering af personlige oplysninger | 60 |
| Udformning af 'livshistoriske interviews' | 62 |
| Livshistoriske interviews som (selv)interventioner | 65 |
| Opsamling: livshistorier og materialitet, kropslighed og stoflighed..... | 66 |
| DEL II: Kliniske aldringsforsøg og intervenserbare aldringsprocesser | 68 |
| Kapitel 3: Aldring som livslange selvinterventioner | 68 |

| | |
|--|-----|
| Indledning..... | 68 |
| Formet af opgangstider: en mobil 'velfærdsgeneration' | 70 |
| Variationer af det selvintervenerende ældreliv | 73 |
| Selvteknologisk domesticerede..... | 76 |
| <i>"Man kan faktisk godt tage sig sammen"</i> | 81 |
| De selvteknologisk domesticerede og deres "anden" | 83 |
| Opsamling..... | 85 |
| Kapitel 4: Aldrende kroppe i laboratoriet..... | 86 |
| Indledning..... | 86 |
| Disciplinerede aldrende kroppe | 89 |
| Disciplinerede, aktive aldrende kroppe..... | 90 |
| Disciplinerede, skrøbelige ældre kroppe..... | 95 |
| Proliferation af aldrende kroppe | 100 |
| Overskud af <i>for</i> aktive kroppe | 100 |
| Overskud af <i>for</i> skrøbelige kroppe | 105 |
| Entydigt skrøbelige og uhensigtsmæssigt aldrende kroppe..... | 107 |
| Opsamling..... | 110 |
| Kapitel 5: Aldrende selv | 112 |
| Indledning..... | 112 |
| Lårmusklen og et stærkt, aldringsløst selv | 117 |
| Et selvbestemt aldrende selv..... | 119 |
| Et aldringsbevidst selv | 129 |
| Kroppen som hylster for intellektet | 134 |
| Et kønnet, aldringsløst selv..... | 138 |
| Opsamling..... | 142 |
| Del III. Allerede igangværende aldringsforsøg | 145 |
| Kapitel 6: Implicerede måltidspartnere..... | 145 |
| Introduktion..... | 145 |
| De ældre forsøgspersoners måltider..... | 147 |
| Tove, Finn og Christian: tre etnografiske beretninger | 149 |
| Måltider som markører i en dagsrytme | 150 |
| Tove og hendes afdøde moder..... | 153 |
| Implicerede måltidspartnere og det udvidede hushold..... | 155 |

| | |
|--|-----|
| CALM-interventionen som undtagelsestilstand | 156 |
| Finn og Grete, familien og forskerne..... | 158 |
| Ægtefæller som måltidspartnere og det livslange ansvar for en sund krop | 161 |
| Direktøren Christian og forretningspartnerne | 164 |
| Opsamling..... | 168 |
| Kapitel 7: Hjemliggørelse af aktiv aldring | 170 |
| Indledning..... | 170 |
| Træning til 'Længst muligt i eget hjem'? | 171 |
| Hjemmetræning som hjemliggørelse af en ny livsfase | 173 |
| Strategier for udeladelse | 176 |
| Hjemliggørelse som social forpligtelse | 178 |
| Hjemliggørelse af træning i og uden for hjemmet | 181 |
| Styrketræning og domesticering af aldrende kroppe | 187 |
| Fredagsbar: kaffe, cognac og et nyt træningsrum | 189 |
| Fredagsbaren som ritual..... | 192 |
| Karnevalisering af proteindrikken | 193 |
| Karnevalesk socialitet og den (aktivt) aldrende krop | 196 |
| At stå uden for den karnevaleske socialitet | 197 |
| Opsamling..... | 199 |
| Konklusion | 202 |
| Etnologiske hverdagslivsstudier i sundhedsfremme | 204 |
| Aldrende kroppe og situerede forhold til kroppen i aldringsprocessen | 206 |
| Forsøg med kollektivt baserede rutiner og hverdagsliv | 208 |
| Adherence, compliance eller domesticering: tilgange til forsøgsdeltagelse..... | 209 |
| Allerede igangværende aldringsforsøg: hvem producerer aldring? | 211 |
| Fremtidige forsøg med aldring som 'længst muligt i eget liv' | 213 |
| Litteraturliste | 215 |
| Bilag 1 | 229 |
| Bilag 2 | 230 |
| Bilag 3 | 233 |
| Resumé | 234 |
| Abstract | 235 |

Indledning

På en gåtur i Botanisk Have i København med den 76-årige Peter¹ passerer vi tilfældigt Discobolus af Myron, en reproduktion af den græske skulptur fra omkring 460-450 f.Kr. Discobolus er en velproportioneret, tydeligvis ung mand med markerede muskler overalt på kroppen. Idet han svinger discosen, spænder han op i lårmusklen, så lår og underben danner en perfekt 90 graders vinkel. Selvom Peters kone i spøg kalder ham 'min adonis', da jeg senere interviewer Peter i parrets hjem, bemærker Peter tørt, at løbet nok for længst er kørt; hans egne lårmuskler kommer trods ihærdig træning nok aldrig til at stå så skarpt som hos den unge diskoskaster. Selvom Peter ser frisk ud og desuden fremstår som det, jeg vil kalde en velholdt mand: pæn i tøjet, velsoigneret, velargumenteret, og når vi mødes altid parat til at diskutere aktuelle emner, så kan han mærke og se sit eget kropslige forfald. Det er derfor, han har meldt sig som deltager i en klinisk intervention, der undersøger effekterne af fysisk aktivitet og diætombælgninger på aldersrelateret tab af muskelmasse hos mennesker med en kronologisk alder på +65. Som forsøgsperson træner Peter i eget hjem flere gange ugentligt, og han udfører primært øvelser, der styrker lårmusklerne.

I et interview kort tid efter, at forsøgsdeltagelsen for Peters vedkommende er slut, fortæller han mig, hvordan det har været for ham at være involveret i den kliniske intervention:

Peter: Jeg kan mærke, at med de der øvelser så bliver jeg bedre og bedre til at gå op ad trappen. Jeg har jo altså også – det har jeg jo kunnet konstatere, når jeg har været inde og er blevet målt på muskelstyrke og sådan noget der – at jeg ligger altså væsentligt over gennemsnittet for min aldersgruppe. I det omfang de altså overhovedet har noget for dem på min alder. Og resultatet var jo så her sidste gang, at jeg havde taget 500 gram protein på. Og så påpegede de altså, at hvis jeg nu ikke havde gjort noget, så havde jeg jo tabt det, havde jeg ikke? Så jeg er både stabiliseret og så har jeg taget 500 gram yderligere på. Så det er meget flot. Men det kræver jo noget. Så har vi jo fået [træningen] systematiseret lidt efterhånden, altså sådan tre, fire, fem gange om ugen. Men jeg vil nok sige, at det er noget, der griber rimelig meget ind i min hverdag. Jeg bruger jo en times tid på det, de dage jeg gør det. Ellen laver også kaffen om morgenen de dage – det plejede sådan set at være mig. Hun klager også over, at jeg glemmer at tørre af efter mig i badet, før tog hun altid bad efter mig.

- Interview januar 2016

¹ Peter er et pseudonym.

Det fremgår af interviewet, at Peter ikke blot er tilfreds med, at han har fået lettere ved at forcere trapperne til sin lejlighed, som ligger på anden sal – han er også tydeligt stolt af, hvordan han med sin høje alder har opnået en for ham markant muskulær, fysisk forbedring og dermed fået en krop, der i højere grad passer til, hvordan han opfatter sig selv og ikke mindst, hvordan andre (heriblandt jeg) og særligt konen Ellen opfatter ham. Deltagelse i den kliniske intervention har givet Peter en mulighed for at forbedre sin fysiske formåen og dermed bevare en krop, der kan leve op til det intellektuelt aktive og engagerende liv, han lever. Han har således på én gang bidraget til et (bio)medicinsk forsøg og selv forsøgt at forbedre eller bevare sit fysiske selv og dermed forme en bestemt aldringsproces². Peters kropslige forbedringer understøttes af forskernes målinger, som optegnet sort på hvidt viser, at hans muskelstyrke er øget i forhold til, hvis han intet havde foretaget sig. For Peter bliver målingerne det ultimative bevis på, at han skal fortsætte træningen, også efter at den fastlagte interventionsperiode er slut. Peters forsøg med at bevare en stærk krop overskrider således den kliniske intervention, men er også sammenflettet med denne. Peter har løbende måttet sætte sin lid til de kliniske målinger, teknologier og instrumenter og ikke mindst til interventionsforskernes ekspertise på klinikken og ved hjemmebesøg fra en fysioterapeut og løbende korrespondancer undervejs med forskere og trænere om tilrettelæggelse og gennemførelse af hjemmetræning. Forskerne har samtidig måttet taget hensyn til et kortere sygdomsforløb, hvor Peter var indlagt med mavesår og senere tog medicin over en længere periode, hvilket har gjort det muligt for ham at fortsætte i den kliniske intervention, trods konen Ellens vekslende opbakning og skepsis i forhold til de måder, hvorpå Peter forsøger at forme egne aldringsprocesser.

Peters vedholdenhed i forhold til træningen har krævet både systematiseringer og forandringer af den hverdag, der ikke kun er Peters egen, men som han deler med Ellen. Den kliniske intervention og Peters egne forsøg med kropslig forbedring involverer dermed det 'vi', som Peter henviser til i citatet. I deres fælles hjem har Ellen grundet Peters træning overtaget hans faste tjans med at brygge kaffe om morgenen, og hun har fundet sig i at omlægge deres fælles rutiner, så Peter går i bad efter hende, hvilket betyder, at svampen på badeværelset til Ellens store fortrydelse er vendt tilbage – Peter glemmer simpelthen at tørre af efter sig i brusekabinen. På den baggrund kan man sige, at de kliniske forskningspraksisser ikke blot er sammenflettet med Peters allerede igangværende forsøg med aldring, krop og selvskabelse eller selvintervention, men også involveres i de måder, hvorpå Ellen og Peter udformer deres fælles hverdag og hjemlige rutiner.

² Vi møder Peter igen i kapitel 4, hvor disse pointer uddybes yderligere.

Forskellige, igangværende og sammenfiltrede aldringsforsøg

Det indledende etnografiske snapshot giver et indblik i, hvad interventionsdeltagelse har indebåret for Peter. Det er valgt, fordi det adresserer en række af denne afhandlings overordnede tematikker: Kliniske interventionspraksisser kan anskues som sammenfiltret med Peters egne igangværende aldringsforsøg, men intervenserer ikke alene i forhold til et autonomt individs fysiske krop. I stedet bliver kliniske interventionspraksisser involveret med og medkonstituerende for et delt, kollektivt distribueret hverdagsliv med forhandlede og langvarigt indarbejdede rutiner og forestillinger om det gode liv og den gode alderdom. Det etnografiske snapshot understreger derudover den basale, men afgørende pointe, at selvom det er informanten Peters formuleringer, der oven for trækkes frem, så er jeg som etnolog kontinuerligt med til at forme specifikke forsøg med aldring.

I nærværende afhandling undersøger jeg således, hvordan forskellige allerede igangværende aldringsforsøg bringes sammen, sammenfiltres og bliver medkonstituerende for specifikke aldringsprocesser og ældreliv. Nærmere vil en række spørgsmål blive adresseret: Hvad kræver det at implementere en specifik klinisk interventionsprotokol i hverdagslivet og i hjemmet, også uden for de laboratorier, hvor forsøgspersonerne får foretaget blodprøver, muskelbiopsier og fysiske tests? Hvad betyder det, at den kliniske intervention, som Peter deltager i, involverer kroppe i forfald med en kronologisk alder på 65+ og ikke de atletkroppe (som eksempelvis Discobolus'), der ellers ofte indgår i biomedicinsk forskning? Hvordan bliver det fysiske forfald, som Peter mærker og ser på egen krop, et problem for det aktive liv, han ønsker at opretholde? Hvordan produceres klinisk, evidensbaseret viden om aldring, og hvordan bliver igangværende aldringsforsøg i etnologien, i kliniske praksisser og i hverdagsliv (som eksempelvis Peters og Ellens) medkonstituerende for samtidige og fremtidige aldringsprocesser?

Disse spørgsmål stammer fra et omfattende kvalitativt funderet etnologisk feltarbejde blandt forskere og forsøgspersoner i en klinisk intervention 'CALM' (mere herom i det følgende). Til trods for at beskrivelserne ovenfor fra møder og interviews med Peter kun bliver et udvalgt snapshot af et interventionsspecifikt hverdagsliv, har det således været med til at skærpe min interesse for, hvordan igangværende ældreliv, aldrende kroppe og det kliniske arbejde former og transformerer hinanden i forsøgene på på én gang at skabe evidensbaseret viden om aldersrelateret kropsligt forfald og at fastholde, forme og vedligeholde bestemte aldringsprocesser i ældres hverdagsliv.

Hermed indskrives nærværende afhandling sig helt overordnet i en etnologisk sundhedsforskningstradition, der interesserer sig for, hvordan medicinske teknologier og etikker transformerer, udfordrer og strukturerer menneskers opfattelser og praktiseringer af krop, selv og hverdagsliv (se eksempelvis Otto 1998; Mellemgaard 1998; Jespersen 2007; Andersen 2014; Lassen 2014). Forbindelserne mellem videnskab og politik

på den ene side og menneskers levemåde og ideer om 'det gode liv' på den anden side er her centrale temaer. Herudover er det brede felt af *Science and Technology Studies* (STS) et bærende teoretisk udgangspunkt for afhandlingens undersøgelser. Inden for STS-inspireret forskning fremhæves det, hvordan virkeligheder eller ontologier – og dermed også repræsentationer af virkeligheden – udgør effekter af specifikke måder at 'gøre'³ virkeligheden på (se for eksempel Law 2004a). Videnskab, herunder både etnologi og biomedicin, beskriver med et STS-inspireret udgangspunkt ikke en på forhånd givet eller præeksisterende verden, men bliver udforsket og må udforskes som verdenskonstituerende praksisser, håndteringer og interventioner.

Inden for en STS-tradition lægges der endvidere vægt på at verdsliggøre videnskaben eller at bringe videnskaben 'ned til jorden' (Law & Mol 2001:610). Det betyder, at man i studiet af en klinisk intervention, som den Peter deltager i, analytisk må koncentrere sig om de teknologier, teknikker, vidensformer og sociale og materielle relationer, i hvilke specifikke videns- og interventionsobjekter frembringes og fremstår som centrale aktører. I dette perspektiv har sociologerne Cathrine Will og Tiago Moreira (2010) argumenteret for at konceptualisere netop kliniske interventioner som performative og produktive begivenheder eller 'events' (Will & Moreira 2010:8-9). Som en udvikling af denne pointe har Nelson med flere argumenteret for at forstå kliniske interventioner som eksperimentelle systemer fremfor som fastforankrede testmaskiner, da disse kan genere uventede resultater og indsigter, der rækker ud over deres oprindelige forskningshypotese (Nelson, Keating, Cambrosio, Aguilar-Mahecha & Basik 2014:175). Denne version af den kliniske intervention som et situeret, kontinuerligt arrangement står i kontrast til den konventionelle metodologiske forståelse af kliniske studier som et fast sæt af procedurer, der har som mål at teste effektiviteten af en bestemt behandlingsmetode eller et bestemt medikament.

Det bliver på den baggrund et væsentligt udgangspunkt for afhandlingens undersøgelser, at (biomedicinske) interventioner potentielt forandrer hverdagslivet og gør dette 'politisk' – til et udgangspunkt for forventninger, normer og kontroverser – ligesom forskellige hverdagsliv kan reagere forskelligt og uforudsigeligt på selvsamme interventioner (Damsholt & Petersen 2014). Biomedicinske interventioner bliver derved hverken et stabilt indgreb i hverdagslivet eller et indgreb i et stabilt hverdagsliv. Ud fra disse betragtninger tager afhandlingen således højde for, at interventioner ikke nødvendigvis udelukkende fungerer *sammen med* hverdagspraksisser, men også konkret involveres med disse, som det ligeledes blev tydeligt i det

³ I antologien *Materialiteter* foreslår forfatterne at bruge verbet *gøre* som oversættelse af det engelske "enactment" (Damsholt og Simonsen 2010:13). I afhandlingen bruger jeg også verberne praktisere og performe som synonymer herfor. Med disse verber henviser jeg til, at praksis kan forstås som "[...] achieved by associations of heterogeneous entities" (Berg og Akrich 2004), hvilket betyder, at praksis ikke henviser til et enkeltstående subjekts intentionelle handling, men til konfigurationer af aktører.

etnografiske eksempel med Peter. For at forstå de aldringsprocesser, de aldringsforsøg, som fremkommer, og som bliver medkonstituerende for den viden om aldring, som den kliniske intervention kan frembringe, vil jeg i afhandlingen således udforske de praksisser, relationer, kroppe og subjektiviteter der involveres i at gøre 'aldring' til analytisk objekt såvel for mig som etnolog som for interventionsforskerne og for de ældre forsøgsdeltagere selv.

Jeg vil på et analytisk plan dermed forsøge at gøre forskellige aldringsforsøg ligeværdige, selvom forsøgsdeltagelse har været feltarbejdets primære fokusområde (se kapitel 2). Afhandlingen beskæftiger sig med, hvordan allerede igangværende hverdagsliv, aldrende kroppe og aktive aldrende 'selver'⁴ sammenfiltres, formes og transformerer sig og indgår i forsøg på at skabe evidensbaseret viden om aldring. Det skal forstås på den måde, at jeg udforsker, hvordan aldring fremkommer i flertydige interventionspraksisser og realiseringer af interventionsprotokollen, og jeg interesserer mig derfor ikke primært for enten kliniske praksisser eller for ældres hverdagspraksisser, men betragter og genererer med afhandlingens analyser snarere disse som forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg.

Som etnolog Frida Hastrup skriver, er "[...] the theoretizations that make up the object of knowledge not the exclusive domain of the anthropologist" (Hastrup 2011:434): Etnografisk videnskabelse handler ifølge Hastrup om at 'kultivere forskelle', at fremhæve og forbinde lokale praksisser og som sådan skabe nye indsigter og sammenhænge (ibid.:437). Overført til afhandlingens kontekst betyder dette, at jeg vil kultivere og koordinere forskelle, som gør, at nye aldringsforsøg opstår, bliver synlige og involveres i at gøre aldring til flertydigt videns- og interventionsobjekt. Analytisk vil jeg derfor hverken privilegere kliniske praksisser, ældres allerede igangværende hverdagsliv eller etnologien, men forsøge at vise, hvordan aldring konfigureres som flertydigt videns- og interventionsobjekt på historisk specifikke måder i forskellige praksisser og perspektiver – herunder også befolkningspolitiske.

Overordnet vil jeg med afhandlingen således undersøge, *hvordan aldring konfigureres som flertydigt videns- og interventionsobjekt i forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg*. Inden denne problemstilling uddybes og præciseres, vil jeg først sætte spørgsmål om aldring og aldersrelateret kropsligt forfald i relation til folkesundhedsinitiativer og herunder redegøre for, hvordan den undersøgte kliniske intervention også forholder sig til og sameksisterer med befolkningspolitiske praksisser.

⁴ Egentlig findes flertalsformen "selver" ikke på dansk, men jeg har konstrueret den, fordi der i afhandlingen er tale om variationer af aldrende selv og derved forskellige, men sameksisterende og foranderlige former for aldrende selver. Se kapitel 5.

Folkesundhedsforsøg med 'aktiv aldring' og 'længst muligt i eget hjem'

Den kliniske intervention, som jeg undersøger, må forstås som sameksisterende med befolkningspolitiske og velfærdsstatslige udviklinger. Her kan fremkomsten af demografisk aldring som noget, der kræver øjeblikkelige indsatser, men som også giver nye muligheder, anskues som tæt forbundet med tværvideenskabelig aldringsforskning, udviklingen af aldringsteknologier og aldrende kroppe og ældreliv. Et eksempel på dette er de mange forskningscentre, der de senere blot 10 år er skudt op rundt om på danske universiteter med støtte fra både offentlige og private investorer og fonde, herunder eksempelvis Dansk Center for Aldringsforskning på SDU og Center for Sund Aldring på Københavns Universitet. En overordnet målsætning for disse forskningscentre er at bidrage til en forståelse af aldringsprocesser, men også til konkrete forbedringer af ældres liv, idet de både har fokus på den fysiologiske krop og på, at mennesker i *"Danmark og globalt kan leve lange, sunde og meningsfulde liv"* (Center for Sund Aldring 2019).

Aldring udvikles kontinuerligt som et væsentligt videns- og indsatsområde. Det skorter således heller ikke på danske rapporter og studier, der peger på nødvendigheden af at regere på – og intervenere i – en aldrende befolknings liv og livsforløb. I en nyere økonomisk fremskrivning (december 2018) foretaget i en rapport fra danske VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, fastslås det således endnu engang, at den demografiske udvikling mod en aldrende befolkning vil betyde et højere forbrug af sundhedsydelser, hvilket vil blive en udfordring for fremtidig balancering af velfærden. En stor efterkrigsgeneration, der ældes, kombineret med en stigende middellevetid vil formentlig lægge et pres på nationale sundhedsudgifter, lyder rapportforfatterens overordnede argument (Iversen og Kjellberg, 2018:6). Det typiske politiske svar på fremskrivninger som disse understreger behovet for at skabe et aldersintegreret samfund⁵. Frem for som tidligere at udvikle aldersstratificerede velfærds løsninger har Europæiske velfærdsstater, herunder Danmark, særligt de seneste to årtier understøttet initiativer, som promoverer og muliggør 'aktiv og sund aldring' (jf. Lassen 2014; Aceros, Pols & Domènech 2014; Moreira 2016). Disse initiativer er overordnet tænkt til at udvide antallet af sunde og raske leveår for den enkelte såvel for befolkningen som helhed ved blandt andet at fokusere på en tidlig eller livsvarende forebyggende indsats i borgeres liv (Sundhedsstyrelsen 2018a), der skal sikre den sunde og gode livslange aldring. Den livslange indsats blev for alvor et fokus op gennem 1990'erne (jf. Lassen 2014:74), men der er uenighed om, hvorvidt indsatsen har ført til en forbedret helbredsstatus blandt danske ældre (Sundhedsstyrelsen 2019).

⁵ Se for eksempel rapporten 'Det aldrende samfund 2030' udgivet af styregruppen under Det Frie Forskningsråd (2006). I rapporten lægges der vægt på, at: "[...] det danske samfund kan blive eksportør ikke kun af produkter, der kan medvirke til at fastholde funktionsevnen, men – og langt mere perspektivrigt – storeksportør af en samfundsvision: Det aldersintegrerede samfund." (2006:4)

Foruden den livslange indsats, der grundlæggende har handlet om at gøre borgere i stand til at intervenere i egen sundhed ved at sætte 'det levede liv' i centrum for sit virke (jf. Rose & Wahlberg 2015), har man på politisk niveau i flere lande udviklet henholdsvis aktiv og sund aldringsinitiativer og -programmer, hvis formål det er at fjerne institutionelle og individuelle barrierer for ældre menneskers økonomiske og sociale deltagelse (Fernández-Ballesteros, Robin, Walker & Kalache 2013). Med disse tilskyndes ældre mennesker til at forlænge arbejdslivet eller den produktive fase af livet, og udvalgte ældre borgere modtager hjælp til fortsat at kunne mestre daglige rutiner, så de kan forblive aktive og have velfungerende liv så længe som muligt, til fordel for både dem selv og samfundet (jf. Bülow & Söderquist 2014; Otto 2013, Clotworthy 2017). Idealer for aktiv og sund aldring indgår blandt andet i danske kommuners indsatser for ældre i eget hjem, der har forandret sig fra at være "primært kompenserende til at være aktiverende og rehabiliterende" (KORA 2017:5).

En af de betydeligste forandringer i nyere kulturelle og sociale forståelser af ældre mennesker og ældreliv er således, at den sidste del af livet ikke nødvendigvis længere opleves eller opfattes som en institutionaliseret livsfase (jf. Moreira, 2016:145). Disse forandringer hænger tæt sammen med demografiske fremskrivninger allerede i begyndelsen af det 20. århundrede, som forudsagde, at man på europæisk plan ville gå en fremtidig velfærdskrise i møde, hvor få ville være nødsaget til at betale for de manges velfærdsydelser (ibid.). EU søgte på den baggrund at styrke befolkningssolidariteten ved rammesætning af programmer for pårørende hjælp og frivillighed op gennem 1970'erne, der havde til formål at sørge for, at ældre kunne blive længst muligt i eget hjem (ibid.:147). 'Længst muligt i eget hjem' er den danske oversættelse og udgave af en 'ageing in place'-dagsorden, der i lidt bredere forstand har fremhævet hjemmet og det lokale tilhørsforhold som væsentligt for den gode aldring. Initiativer til 'længst muligt i eget hjem' er knyttet til massive investeringer – både politisk og økonomisk – i såkaldt 'gerontotechnology' og telecare-løsninger, som har til formål at afkorte den tid, hvor der ville blive brug for udgifter til institutionalisering og terminale sundhedsydelser for den enkelte borger (Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet Sundhedsstyrelsen 2016.). 'Længst muligt i eget hjem' har derfor i årevis været en dominerende diskurs og i vidt omfang et etableret mål for forebyggelse på ældreområdet sammenvævet med initiativer til 'aktiv og sund aldring' på den måde at forstå, at jo bedre helbredstilstand den enkelte ældre borger har, desto længere er vedkommende i stand til at forblive i eget hjem. Siden 1950'erne og '60erne har ældres måltider desuden været på den politiske agenda som et specifikt udgangspunkt for sundhedsfremmende interventioner, der drejer sig om at understøtte en livsførelse, der kan sikre, at borgere forbliver 'længst muligt i eget hjem' i kraft af en forbedring af ældres generelle helbredstilstand og en formindskelse af risici for aldersrelateret forfald og funktionstab (Jensen 2018:325, Fisker et al. 2018:9-10). I de skandinaviske lande, herunder i Danmark, kan disse forandringer ifølge sygeplejerske og omsorgsforsker Oddrunn Sortland forstås som en *refamilisering*

af ældreplejen, som hun ligeledes sætter i forbindelse med en strammere kommunal tildeling af ydelser til hjemmehjælp i både Danmark og Sverige (Sortland 2017:391). Det er således rationalet, at programmer for 'længst muligt i eget hjem' i kombination med initiativer til 'aktiv og sund aldring' vil spare sundhedssektoren – og dermed velfærdsstaten – omfattende ressourcer.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan disse befolkningspolitiske initiativer og indsatser på folkesundhedsområdet i Danmark involveres med andre igangværende aldringsforsøg. Det undersøger jeg i nærværende afhandling på baggrund af min etnologiske medvirken i et tværvideenskabeligt sundhedsfremme- og forskningsprojekt kaldet CALM. Som etnolog i CALM-projektet har jeg udført et omfattende feltarbejde baseret på kvalitative interviews og observationer i den kliniske intervention, hvor Peter, som vi mødte i de indledende beskrivelser, også deltog. I mit feltarbejde blev jeg blandt andet optaget af, hvordan realiseringer af interventionsprotokollerne⁶ krævede kontinuerlige etableringer af specifikke, intervenerbare aldringsprocesser. I afhandlingens analyser lægger jeg således hovedvægten på at forstå forskere og forsøgspersoners daglige interventionspraksisser, og det er ikke min intention at udpege disse interventionspraksisser som færdige, empiriske eksempler på, hvordan to afkoblede, magtfulde og regulerende diskurser for henholdsvis 'aktiv og sund aldring' og 'længst muligt i eget hjem' entydigt støber samtidige aldringsprocesser eller ældreliv. Jeg undersøger i stedet, hvordan 'aktiv aldring' og ældres hjem som mål for den gode aldringsproces bliver aldringsforsøg, som også produceres, forbinder sig til og udfordrer hinanden i sociale og materielle interventionspraksisser – herunder i etnologien eller i bredere kulturvidenskabelige engagementer med aldring.

I den sidste del af indledningen vil jeg således redegøre for CALM-projektets opbygning og den rolle, etnologien var tiltænkt i projektet. Først situerer jeg imidlertid CALM-projektet i fortløbende (bio)medicinske debatter omkring aldersrelateret kropsligt forfald og tab af muskelmasse ofte betegnet som sarkopeni.

Sarkopeni og CALM (Counteracting Age-related Loss of Skeletal Muscle mass)

CALM er et akronym for Counteracting Age-Related Loss of Skeletal Muscle Mass, og projektet havde, som projekttitlen ligeledes indikerer, til formål at undersøge muligheder for at modvirke aldersrelateret fremadskridende tab af muskelmasse, skeletmuskelkvalitet og muskelfunktion.

⁶ Jeg skriver med vilje 'interventionsprotokollerne' i flertal, da interventionsprotokollen i CALM blev lavet om flere gange. Dette uddyber jeg i afhandlingens kapitel 2 og 3.

Den medicinske betegnelse for tab af muskelmasse er 'sarkopeni'⁷. Der eksisterer imidlertid adskillige definitioner af sarkopeni, som betegner et væld af diagnostiske grænser og metoder til at vurdere muskelmasse og muskelstyrke (Beasley, Shikany & Thomson 2013; Beyer 2013). I klinisk forskning lægges der ofte vægt på, at sarkopeni principielt kan ramme i alle faser af livet ved ændringer i livsvilkår som ved lang tids sengeleje og immobilitet (Beyer 2013; Peterson & Braunsweig 2015). Sarkopeni forbindes også med arvelige faktorer som endnu ikke er fastlagt (Beyer 2013:10). I 2004 blev sarkopeni nævnt som et 'hot topic' inden for geriatrisk forskning på linje med andre medicinske diagnoser som hjertekarsygdomme og diabetes (Morley 2004). Desuden blev sarkopeni her beskrevet som en risikofaktor i relation til aldersrelateret forfald og som en trussel mod et aktivt ældreliv. I 2010 klassificerede en fælleseuropæisk arbejdsgruppe the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) under EU-kommissionen sarkopeni som et geriatrisk syndrom, det vil sige et syndrom, der kan forstås som direkte forbundet med aldringsprocessen. Arbejdsgruppen begrundede primært deres klassifikation med, at over 50 % af befolkningen med en kronologisk alder på +80 lider af sarkopeni (Cruz-Jentoft et al. 2010). De fastslog i forlængelse af dette nødvendigheden af mere forskning i sygdommens årsager og behandlingsmuligheder: "in order to prevent or delay adverse health outcomes that incur a heavy burden for patients and healthcare systems" (ibid.:4). Arbejdsgruppen fulgte deres rapport op med en lignende opfordring i 2018.

Sarkopeni kobles med større risiko for at falde, en stigende utilfredshed med livet og endog en øget mortalitetsrate (Cruz-Jentoft et al., 2010:3; Beyer 2013:11; Bechshøft et al., 2016:1). Dermed bliver sarkopeni anset som et problem for den enkeltes autonomi, livsførelse og livskvalitet og kan altså i sidste ende betyde et fald i antallet af leveår. Samtidig kobles sarkopeni med mangesidede samfundsmæssige omkostninger i form af udgifter til sundhedssystemet ved blandt andet hospitalsindlæggelser og en øget brug af ressourcer på rehabiliteringsområdet og ældreplejeområdet generelt. Som sådan konstitueres sarkopeni som en specifik version af aldersrelateret kropsligt forfald, som afgørende for den enkeltes livskvalitet og ydermere som et fænomen, det er muligt at gøre noget ved i kraft af blandt andet tværvideenskabelig forskning og kliniske livsstilsinterventioner. I Danmark har der blandt andet været projekter, som har undersøgt effekten af proteinrige mælkeprodukter på akut syge geriatriske patienter (se Bitz et al. 2015), ligesom et nordisk forskningssamarbejde allerede i 2012 udgav supplerende kostråd til ældre over 65 år, hvor de peger på vigtigheden af at få nok protein, calcium og D-vitamin, blandt andet via kød og mælkeprodukter, for at bevare muskelmassen (Fødevarestyrelsen: Råd om Mad når du er over 65 år).

Sarkopeni bliver således, også ifølge de danske sundhedsmyndigheder, en kompleks medicinsk tilstand, som har været anskuet i relation til den biologiske aldringsproces siden slutningen af 1980'erne (Beyer

⁷ sarx=kød, penia=tab

2013). CALM-projektets overordnede formål var på den baggrund at producere viden om og anbefalinger til håndteringen af sarkopeni i primært det danske sundhedssystem, herunder om forebyggelse og behandling af sarkopeni. Desuden skulle projektet producere konkrete løsninger til at modvirke aldersrelateret tab af muskelmasse; løsninger der var robuste nok til at blive mobiliseret i ældres hverdagsliv – særligt i ældre borgeres private hjem. Som sådan kan CALM-projektet anskues i sammenhæng med et bredere politisk og medicinsk fokus på forebyggelse af aldersrelateret forfald og fremme af 'aktiv og sund aldring'. CALM-projektets hypoteser bygger direkte på EWGSOP's samlede antagelse om, at selv "sunde" og "fysisk aktive" ældre mennesker gradvist mister muskelmasse med et årligt tab på omkring 1-2 %, fra de når 50-årsalderen (Cruz-Jentoft et al. 2010, Bechshøft et al. 2016). Dette tab skulle samtidig betyde en endnu hurtigere nedgang i muskelstyrke og muskelfunktion på 3,5 % årligt (ibid.). Deraf opstår øgede problemer med at klare rutiner i hjemmet herunder eksempelvis rengøring og madlavning, men også hverdagsgøremål som indkøb og sociale aktiviteter uden for hjemmet. CALM-projektet havde således til formål, gennem øget fysisk aktivitet og diætomlægninger til en mere proteinrig kost, at gøre det lettere for forsøgspersonerne og på længere sigt *alle* ældre vedblivende at håndtere og overkomme særligt de såkaldte domestiske rutiner og dermed klare sig selv længst muligt i eget hjem.

CALM blev støttet af Københavns Universitets midler til tværvideenskabelig forskning⁸ og af mejerikoncernen ARLA, som bidrog med kosttilskud baseret på en overskudsproduktion af valleprotein til projektet, og som også til stadighed har en interesse i at undersøge, hvordan strategier til at modvirke sarkopeni kan indgå i deres forretningsmodeller⁹. CALM-projektet havde desuden en ambition om at involvere eksterne private og offentlige aktører ved en række workshops med det formål at indgå i dialog om projektets forskningsresultater til udviklingen af anbefalinger og til udvidelse af antal og salg af kvalitetsfødevarerprodukter målrettet forebyggelse og behandling af sarkopeni.

CALM-projektets opbygning

CALM-projektet skulle derfor bestå af to af hinanden afhængige projektfaser beskrevet i projektansøgningen som 'clusters'. Cluster 1 var opbygget som en klassisk RCT-baseret klinisk intervention, det vil sige et

⁸ CALM blev støttet med midler fra et interdisciplinært stjerneprogram ved Københavns Universitet, Danmark i 2013. Se mere på CALM.ku.dk

⁹ Som aldringsforskerne Chris Gilleard & Paul Higgs har peget på, er fremkomsten af den tredje alder som livsfase blandt andet forbundet til en kapitalistisk interesse for at fremme bestemte forbrugergrupper (se Gilleard & Higgs 2007). CALM-projektet kan forstås i denne kontekst som en måde, hvorpå en kapitalistisk økonomi er med til at definere et problem, som man kan tjene penge på. I afhandlingen går jeg imidlertid ikke dybere ind i denne problemstilling, selvom det er en væsentlig pointe, og selvom nogle forsøgspersoner af netop denne årsag fandt det problematisk at deltage i projektet.

klinisk studie, som bygger på en randomiseret fordeling af forsøgssubjekter i forskellige undergrupper, inden for hvilke interventionsforskere kan undersøge effekterne af en specifik behandling, eller som i CALM, effekterne af en livsstilsændring, der inkluderede kombinationen af et øget indtag af protein og fysisk aktivitet. Selvom årsagerne til sarkopeni stadig er mindre godt beskrevet i medicinsk forskningslitteratur (jf. Bechshøft et al. 2016), hvilede den RCT-baserede intervention i CALM på en antagelse om, at musklernes vækst hos ældre kan påvirkes af proteinindtag via kosten kombineret med muskelopbyggende styrketræning. Inden for rammerne af den kliniske intervention observerede, monitorerede og målte medicinere, idrætsfysiologer, fysioterapeuter og humanbiologer derfor løbende musklernes størrelse, ydeevne og struktur samt hud og seners bindevæv hos de inkluderede forsøgspersoner, der grundet CALM's interesse i *aldersrelateret* tab af muskelmasse alle skulle have en kronologisk alder på 65+. Interventionen for hver enkelt forsøgsdeltager varede et år med opfølgende fysiske tests og prøver efter seks måneder, efter 12 måneder og efter 18 måneder. Forsøgsdeltagerne blev udtrukket til en af fire interventionsgrupper for at gøre det muligt at undersøge effekterne af indtaget af proteintilskud alene og i kombination med to forskellige træningsformer. På baggrund af andre studier ville interventionsforskere med medicinsk og humanfysiologisk baggrund blandt andet undersøge, hvorvidt 'let styrketræning' med egen kropsvægt kunne være ligeså effektivt for muskelopbygning som 'hård styrketræning' med vægte. De to træningsformer var derfor 1) lavintensitetstræning (LIT), i denne gruppe skulle forsøgsdeltagerne udføre et træningsprogram fem dage om ugen i eget hjem, og 2) højintensitetstræning, hvor forsøgsdeltagerne skulle gennemføre et supervise-ret styrketræningsprogram to gange om ugen i et træningscenter. Begge grupper skulle samtidig indtage et proteintilskud på 25 gram valleprotein (CALM-ansøgning 2013:3). Derudover kunne deltagerne blive randomiseret til to andre grupper, hvor interventionen kun angik deres kost. En af disse grupper skulle indtage et tilskud af 25 gram valleprotein og den anden et kulhydrattilskud. Denne sidste randomisering var "double-blind", hvilket vil sige, at hverken forskere eller forsøgsdeltagere måtte vide, hvilket kosttilskud deltagerne fik. Som en del af den kliniske intervention målte mikrobiologer sideløbende effekter af det øgede protein- og kulhydratindtag på forsøgsdeltagernes bakterier i mavetarmkanalen for at undersøge, hvorvidt og hvordan proteinindtaget påvirkede disse. Herudover undersøgte sensorikere blandt andet ved hjælp af spørgeskemaer forsøgsdeltagernes fødevarer- og smagspræferencer i relation til protein- og kulhydratkosttilskuddet fra ARLA, der var et pulver, som forsøgspersonerne selv skulle blande op i vand.

CALM-projektet tog således form af et tværvideenskabeligt forskningssamarbejde, der inkluderede forskere fra både humaniora, sundhedsvidenskab og naturvidenskab. Den tværvideenskabelige konstellation afspejlede ifølge projektansøgningen i CALM en ambition om at adressere sarkopeni-syndromets kompleksitet ved at anerkende og udpege, hvordan sarkopeni på én gang kan have at gøre med såkaldt 'individueel livsstil' og samtidig kan forstås som tæt sammenvævet med degenerative effekter af den biologiske

aldringsproces (CALM-ansøgning 2013). I det følgende vil jeg redegøre for det samlede humanistiske bidrag til CALM-projektet, og derpå skitserer jeg kort etnologiens rolle i det tværvideenskabelige projekt og nærværende afhandlings overordnede analytiske ambition. Til slut redegør jeg for, hvordan afhandlingens undersøgelser vil tage form som etnologiske forsøg med aldring, og herunder introducerer jeg afhandlingens del 1.

Etnologi i CALM-projektet

Cluster 2 i CALM-projektet var et design- og innovationsdrevet projekt, der ved at interagere med resultaterne fra den kliniske intervention skulle føre til udviklingen af blandt andet nye fødevareprodukter og som ovenfor nævnt ideelt set også officielle livsstils- og sundhedsanbefalinger. Sensorikerne prøvede i fase to af projektet nye proteinbaserede produkter af ved forskellige workshops, der blandt andet inkluderede forsøgsdeltagerne. Det etnologiske engagement i CALM, som foruden undersøgelserne i denne afhandling også var bundet op på en anden ph.d.-studerende fra etnologi, to post.docs fra henholdsvis etnologi og historie og desuden en projektleder fra etnologi, der var involveret i både projektdesign, projektansøgning og den daglige ledelse af projektet, skulle på forskellige måder interagere med og være en del af den kliniske intervention og desuden bidrage med vidensproduktion og vidensdeling i cluster 2. Det samlede humanistiske bidrag til CALM skulle dermed bestå i en undersøgelse af de kulturelle og sociale dimensioner af den kliniske intervention (jf. CALM-ansøgning 2013), som skulle sikre 'socialt robust' viden, hvilket i det tværvideenskabelige projekt ville sige anbefalinger, der kan integreres i ældre menneskers hverdagsliv, i sundheds- og livsstilsanbefalinger, men også i eventuelle fremtidige kliniske interventioner med ældre forsøgspersoner og i sundhedspolitikker – og anbefalinger til ældrepopulationen.

På den baggrund baserer afhandlingen sig som nævnt på et feltarbejde blandt forskere og forsøgsdeltagere i CALM-interventionen, som jeg vil beskrive mere indgående i mine metodologiske overvejelser i afhandlingens kapitel 2. I feltarbejdet har jeg undersøgt og deltaget i de praktiske realiseringer og kontinuerlige tilpasninger af den kliniske interventions design og protokoller. Jeg har interviewet forsøgsdeltagere og forskere, og jeg har udført deltagerobservationer på et dansk hospital ved laboratorietestning og ved forskellige træningsprocedurer såvel som i forsøgsdeltagernes egne hjem. Den overordnede ambition med feltarbejdet har været at indgå i og undersøge daglige, mangfoldige interventionspraksisser. Jeg har i feltarbejdet udfoldet, hvad jeg forstår som en variant af, hvad Hastrup kalder "analog analyse" (Hastrup 2014). Analog analyse beskriver Hastrup blandt andet som "[...] an inventive conversational practice that features unsettled and sometimes contradictory practices and ideas about life" (ibid.:49). Denne tilgang til etnografien som generativ, og ikke blot performativ, vil jeg tage op i min analytiske praksis ved, som jeg tidligere var

inde på, at koncentrere mig om, hvordan forskellige, men sammenfildrede praksisser, og herunder etnologien, kontinuerligt forsøger aldring eller forsøger *sig med* aldring på forskellige måder¹⁰.

Det at koncentrere sig om de 'kulturelle og sociale dimensioner' af den kliniske intervention fortolker jeg således som en opgave, der relaterer sig til afhandlingens overoverordnede analytiske ambition om at undersøge, hvordan aldring konfigureres som flertydigt videns- og interventionsobjekt i forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg. I kraft af afhandlingens teoretiske og analytiske inspirationer undersøger jeg som nævnt biomedicinske teknologier og procedurer, etnologiske praksisser og de ældres forskellige hverdagsliv som interrelaterede størrelser. Aldringsforsøg betragtes som havende såvel diskursive og artikulerede som kropslige og materielle dimensioner.

Afhandlingens overordnede problemfelt belyses via en empirisk undersøgelse af CALM-projektet som sammenfildret med biomedicinske debatter om aldersrelateret forfald og folkesundhedsinitiativer og -programmer for 'aktiv og sund aldring' og 'længst muligt i eget hjem' og som kontinuerlige sammenfildtringer med ældres igangværende hverdagsliv.

Introduktion til afhandlingens del 1

Afhandlingens kapitel 1 tager form af en nærmere videnskabelig kontekstualisering og positionering af afhandlingens undersøgelser. Ved at indgå i en selekterende dialog med kritisk kulturgerontologi, der kort kan beskrives som et forskningsfelt, inden for hvilket det betones, hvordan gerontologien som tværvidenskabelig disciplin spiller en rolle i konfigureringer og rekonfigureringer af alderdommen (Katz 1996; Moody 2008) artikulerer jeg to sammenhængende problematikker omkring 'aktivitet og forfald' og 'relationer mellem krop og selv' som gennemgående for afhandlingens undersøgelser. Jeg diskuterer herunder, hvordan jeg med afhandlingens undersøgelser vil udbygge og bidrage til disse problematikker ved at inddrage analytiske ressourcer og begreber hentet primært inden for et bredt felt af Science and Technology Studies (STS), men også inden for en Michel Foucault-inspireret governmentality-forskning. Langt overvejende er jeg inspireret af en forgrening inden for STS, der fastholder interessen for materialitet, men som også genopretter et ofte Foucault-inspireret fokus på magt, subjektdannelse og subjekt-objektrelationer, der blandt andet

¹⁰ Når jeg her skriver "forsøger sig med", trækker jeg på Frida Hastrups begreb 'teoretiseringer' (2011). I en sammenvævning af forskellige, men sameksisterende praksisser involveret i en kystplantage i en landsby i Tamil Nadu interesserer Hastrup sig for, hvordan møder mellem forskellige 'teoretiseringer' kan være med til at generere (også antropologiske) objekter. Det vil helt kort sige, at jeg som etnolog vil forsøge at generere forskellige praksisser som artikulationer af 'aldringsforsøg', jeg vil forsøge at tage højde for relationer mellem forskellige forsøg med aldring, der alle har noget at sige i forhold til, hvordan aldring tager form i tilknytning til den kliniske intervention.

opstår og finder sted i konkrete møder mellem humane aktører og (biomedicinske) teknologier (herunder Law 2000, Thompson 2005 & Will & Moreira 2010).

Efter at jeg har redegjort for, hvordan afhandlingen bidrager til kulturgerontologien, diskuterer jeg etnologiske hverdagslivsinterventioner, der har kulturelt sammensatte og kollektive hverdagsliv som undersøgelsesobjekt. Herunder forholder jeg mig specifikt til etnologiske engagementer med sundheds- og aldringsinterventioner, som er et stadig voksende forskningsfelt inden for etnologien. Dernæst diskuterer jeg, hvordan afhandlingens undersøgelser kombinerer og udbygger eksisterende kulturvidenskabelig hverdagslivsforskning på baggrund af nyere primært skandinaviske etnologiske studier af rutiner, måltider, hjem og domesticering. Særligt domesticeringsbegrebet kommer til at spille en afgørende rolle i afhandlingens undersøgelser, hvilket jeg uddyber til slut i kapitlet. Jeg trækker eksplicit på denne forskning (og løbende også andre analytiske greb) som analytiske ressourcer i afhandlingens fem analytiske kapitler.

Med udgangspunkt i den videnskabelige kontekstualisering og positionering reformulerer jeg afhandlingens analytiske tilgang og indkredser yderligere to fokusområder, som afhandlingens overordnede problemstilling belyses igennem. Herefter introducerer jeg kapitel 2, der vedrører mine metodologiske overvejelser, og konkret handler om et etnologisk feltarbejde i den kliniske intervention i CALM og om sammensætninger af undersøgelsens materiale. Dernæst præsenterer jeg afhandlingens anden og tredje del, der består af i alt fem analytiske kapitler og en konklusion.

DEL I. Etnologiske forsøg med aldring

Kapitel 1: Videnskabelig kontekstualisering og positionering

Kritisk kulturgerontologi og foranderlige aldringsforståelser

Gerontologien er i vidt omfang et tværvideenskabeligt felt. Bidragsydere til gerontologien har hjemme i blandt andet politisk teori, i økonomi og i (bio)medicin såvel som i kulturvidenskabelige og humanistiske fag. I det følgende vil jeg primært koncentrere mig om den rolle, som etnologien og antropologien har indtaget i aldringsforskningsfeltet, og jeg vil med udgangspunkt i udvalgte studier blandt andet diskutere, hvordan kulturgerontologien bliver en del af afhandlingens etnologiske forsøg med aldring. Herunder diskuterer jeg, hvordan afhandlingens undersøgelser positionerer sig i forhold til to sammenhængende problematikker, der angår 1) dynamikker mellem aktivitet og forfald og 2) relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver. Når jeg koncentrerer mig specifikt om disse problematikker, er det, fordi CALM-projektet i

høj grad har fokus på aldringsprocesser som udspændt mellem aldersrelateret kropsligt forfald og muligheder for et vedvarende aktivt hverdagsliv.

Ved at forholde sig kritisk til fastlåste forestillinger om 'ældre mennesker' har kultur- og socialgerontologiske studier bidraget til den dekonstruktion af alderdommen, som initiativer til aktiv og sund aldring kan forstås som (jf. Lassen & Moreira 2014)¹¹. Det vil sige, at kultur- og socialgerontologien i høj grad er opstået som et opgør med den entydige forfaldsfortælling, som dette forskningsfelt selv har fremhævet som et udpræget karakteristikum ved tidligere tiders forståelser af og forestillinger om ældre og ældre mennesker. Opgøret med forfaldsfortællingen har blandt andet taget form af en fænomenologisk funderet aldringsforskning, som har udmøntet sig i væsentlige studier af ældre menneskers identitetsudvikling og måder at forholde sig til sig selv på i aldringsprocessen. I den sammenhæng kan antropolog Sharon Kaufmans '*Det aldringsløse selv*' fra 1986 betragtes som et kulturgerontologisk nøglestudie, som jeg har fundet særligt interessant for nærværende afhandlings undersøgelser.

Kaufman kritiserer sin samtids fastlåste aldersforestillinger på baggrund af livshistoriske interviews med, hvad der må betragtes som en økonomisk og socialt privilegeret gruppe af hvide middelklasse-amerikanere i Californien i USA (Kaufman 1986:20), og fokuserer på forholdet mellem subjektive selvbilleder og erfaringer af kropslige forandringer. Kaufmans grundlæggende argument er, at 'det aldringsløse selv', et selv uden for eller uafhængigt af sin kronologiske alder, er et selv, der bestyrkes af skabelsen af kontinuitet eller mening mellem biografisk forskellige faser af livet (ibid.:7). De ældre, som Kaufman har interviewet, opfatter aldersrelateret kropsligt forfald som noget, der står uden for 'dem selv', og deres meningsfulde ældreliv opretholdes ifølge Kaufman af en kontinuerlig udvikling, hvor de fastholder en bestemt identitet i nye roller som eksempelvis bedsteforældre, uden at være fastlåst af samfundets forventninger til, hvad det bør medføre at have en bestemt kronologisk alder – og uden at være fastlåst af et aldersrelateret kropsligt forfald. Denne pointe bliver væsentlig for afhandlingens analytiske interesser og tematikker af flere årsager: For det første interesserer det mig, hvordan bevarelse af et bestemt selv og et bestemt liv kan have betydning for, hvorfor og hvordan de ældre interventionsdeltagere stiller deres kroppe og hverdagsliv til rådighed for kliniske praksisser og livsstilsændringer, sådan som vi så det med Peter i indledningen. For det andet interesserer det mig, hvordan kulturgerontologiens ideer om kontinuitet kan anskues som medkonstituerende for eksempelvis aktiv og sund aldringsinitiativer, hvilket potentielt kan have betydning for, hvilke former for aldring afhandlingen både udforsker og medvirker til.

¹¹ Jævnfør også mine diskussioner i indledningen om de befolkningspolitiske rationaler og strategier for et aldringsintegreret samfund

I en dansk kontekst står folklorist Anne Leonora Blaakildes studier som centrale for udforskningen af kulturelle forestillinger om aldring, og hun har på linje med Kaufman søgt at nuancere aldringskategorier i etnografiske skildringer af ældreliv i retning af en forståelse af aldring som livslange processer frem for en særskilt fase, der kan anskues som afkoblet fra resten af livet (se for eksempel Blaakilde, 1999). Blaakilde har desuden argumenteret for, at kronologisering af livet og inddeling af livet i livsfaser særligt hører industrisamfundet til, idet denne samfundsmodel gav et behov for tildeling og fratagelse af rettigheder og ydelser som eksempelvis pension på baggrund af livsfase (Blaakilde 2004). Her bygger hun videre på argumenter fremsat af blandt andre antropolog Meyer Fortes (1984) og sociolog Martin Kohli (1986), der begge har peget på, at indsættelsen af kronologisk alder som strukturerende for livsforløbet på én gang markerer individet som afgrænset enhed i det sociale og markerer individets tilhørsforhold til staten, da kronologisk alder alene har afgørende betydning i relation til politiske og juridiske rettigheder, men ikke nødvendigvis i andre af livets forhold. Som etnolog Anders Møller pointerer, har det i andre historiske tider været eksempelvis stand, køn og slægt, "der udgjorde grundlag og organisatoriske principper for individets rettigheder." (Møller 2018:27).

I den forstand må inddeling af livet i livsfaser og livsforløbet forstået som kronologi anskues som kulturelle og historisk specifikke konstruktioner (ibid.). Povlsen, Mellemgaard og De Coninck-Smith (1999) har en lignende pointe, idet de peger på, hvordan livsfaser både bliver noget i sig selv og gøres sammenlignelige i kraft af analytiske fremdragelser og andre praktiseringer af deres indbyrdes kontraster. Således er det deres argument, at barndom og alderdom på én gang fremstår forskellige, fordi førstnævnte orienterer sig mod fremtiden, mens sidstnævnte hovedsageligt orienterer sig mod fortiden, mens begge livsfaser samtidig er blevet forstået som institutionaliserede og marginaliserede fra arbejdsmarkedet (og fra samfundsdeltagelse generelt) grundet forhold, der relaterer sig til kronologisk alder og definitioner af både børn og ældre som ikke-produktive individer (Povlsen, Mellemgaard & Coninck-Smith, 1999:7-8). Blaakilde har dog i modsætning til disse forfattere et tydelig kulturkritisk sigte med sit studie af livsfaser og kronologier, idet hun spørger, hvorvidt "*Tiden er løbet fra Kronos*" (Blaakilde 1999). Herved bidrager hun til en tværvideenskabelig gerontologisk forskning, der samlet set har sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt man endnu hensigtsmæssigt kan eller bør indrette samfundet og forme forståelser af aldringsprocesser med udgangspunkt i kronologisk alder som styrende princip. Sideløbende med denne kritik har hun sammen med aldrings- og demensforsker Christine Swane påpeget problemerne ved de aldringsnarrativer og -kategorier, der er opstået i kølvandet på det opgør med *alderdommen* som livsfase primært karakteriseret ved degeneration og afvikling, som både hendes egne og Kaufmans studier er en del af. Således indskrives Blaakilde og Swane sig i en ny bølge af kritiske kulturgerontologiske studier, der påpeger, hvordan et entydigt fokus på aktiv og sund aldring kan føre til manglende beskrivelser af skrøbelige ældre eller en direkte undervurdering af de aspekter

af ældrelivet, som er forbundet med social og økonomisk udsathed og ulighed, funktionelle lidelser og ensomhed, men også et alt andet lige uundgåeligt fysisk forfald (Swane og Blaakilde 1998). I en bredere skandinavisk kontekst nuancerer den svenske etnolog Gabriella Nilsson ligeledes idealer for aktiv og sund aldring i sine undersøgelser af, hvordan livet efter pensionen i et velhaverkvarter i Sverige former forskellige variationer af aldringskulturer og identiteter, som relaterer sig til eksempelvis køn og klasseforhold (Nilsson 2011). Der er ifølge både Nilsson og Blaakilde og Swane en grund til at frygte, at initiativer til fremme af aktiv og sund aldring bliver til på bekostning af andre aldringspraksisser, hvorfor der i kulturgerontologien ifølge disse fortsat er brug for ældres egne beskrivelser og udfoldelser af aldringsprocesser¹².

Aldrende kroppe mellem aktivitet og forfald

På baggrund af denne kritik af aktiv og sund aldring viser den danske antropolog Lone Grøn med udgangspunkt i det, hun kalder et 'førstepersonsperspektiv', hvordan de ældre selv betragter aldringsprocessen som en dynamik mellem to yderpoler af sårbarhed og handlekraft. De ældre, som indgår i Grøns etnografiske studie, henviser til en form for sårbarhed, der ofte kan forklares med fysisk forfald, forringet kognitiv funktion, færre tætte relationer eller afhængighed af sundheds- og velfærdsydelser (Grøn & Andersen 2014; Grøn 2018), mens de samtidig fastholder, hvordan de er handlekraftige mennesker, der vedblivende er i stand til at tage vare på dagligdags opgaver og klare mange ofte også fysisk krævende ting selv (Grøn 2018:350). Det er Grøns pointe, at de ældres beskrivelser af håndteringer af dagligdags begivenheder og rutiner kan skabe en modpol til biomedicinens entydige fokus på fysiologisk aldrende kroppe som formbare enheder, der kan dannes til sund aldring.

Hos Grøn får dynamikken mellem sårbarhed og handlekraft ontologisk status, idet den samtidig har en moralsk funktion; Grøn vil huske os på, at sårbarhed og forfald ofte er en side af selv et aktivt ældreliv og ikke udelukker engagement i eget liv og i egen livsførelse, mens forskere og sundhedspersonale ifølge Grøn på den anden side ikke må glemme at forholde sig til, at der kan være ældreliv, som ikke kan rummes af eller bør underlægges et aktivitetsideal.

¹² Historikerne Martha Holstein og Meridith Minkler (2003) samt senere også antropolog Sarah Lamb (2017) har på linje med dette pointeret, hvordan initiativer til aktiv aldring og de kategorier som 'succesfuldt aldrende', 'livet', som de fører med sig, grundlæggende er diskriminerende over for ældre mennesker, idet de reelt vil afskaffe alderdommen. Det er Minkler og Lambs pointe, at disse kategorier desuden rummer en række uartikulerede og indbyggede normer, som er etnocentriske, opretholder kønsstereotyper og derfor kræver, at vi blandt andet i kulturforskningen gør modstand mod dem.

Dette fremstår i min optik som en central indsigt for nærværende afhandling, blandt andet fordi det er en del af præmissen for CALM-projektet, at det er muligt at genkende, udpege og modvirke aldersrelateret fysisk forfald. Med afhandlingens undersøgelser vil jeg derfor forsøge at forstå forholdet mellem aktivitet og forfald som en omskiftelig og uforudsigelig dynamik.

Foruden Grøns studie af en dansk kontekst har andre kulturgerontologiske studier fremhævet, hvordan aldrende kroppe ofte kun er beskrevet biomedicinsk, og hvordan samtidens forståelser af særligt den fysisk aktive, aldrende krop " [...] derives primarily from measurement and observation that favour quantitative inquiry and its resultant empirical 'truths'" (Phoenix & Griffin 2015:363). Flere har på den baggrund kritiseret en såkaldt biomedikalisering af aldring, som dækker over, hvordan aldring og alderdommens sygdomme er blevet gjort til genstand for biomedicinen, hvilket har været med til at sygeliggøre de sidste faser af livet (se til eksempel Estes & Binney 1989; Kaufman, Shim & Russ 2004; Pickard 2013). Sociolog Susan Pickard (2013) har argumenteret for, at biomedikalisering af aldring konkret kommer til udtryk i, at aldrende kroppe vurderes i klinisk forskning ud fra samme standarder som voksne kroppe, hvilket har givet anledning til, at aldrende kroppe betragtes som syge i patologisk forstand og ikke blot som netop aldrende (jf. Pickard 2013). Som etnolog Aske Jul Lassen har pointeret i en diskussion af Pickards ideer, er spørgsmålet om biomedikalisering imidlertid langt mere komplekst, fordi man også må tage højde for det, Lassen kalder "de ældres agency" og deres egne forståelser af deres aldrende kroppe som afgørende for, hvordan de ældre befinder sig med aldringsprocessen (Lassen 2014c:1366).

Herudover vil jeg med afhandlingen tage højde for de måder, hvorpå biomedicinske standarder potentielt formes og justeres i relationer til ældres allerede igangværende aldringsforsøg. Jeg vil herunder udforske, hvordan dette kan have betydning for, hvordan og hvilke aldrende kroppe CALM kan studere, og hvordan forskernes og forsøgspersonernes daglige arbejde med at forstå og tilgå aldersrelateret kropsligt forfald kan blive medkonstituerende for de måder, hvorpå biomedicinen producerer aldring og standarder for aldring. Med andre ord tager jeg ikke for givet, at hverken biomedicinen, hverdagsliv eller kroppe kan studeres som stabile enheder. Lassen har sammen med etnolog Astrid Jespersen med udgangspunkt i begrebet '*synkroniseringsarbejde*' undersøgt forholdet mellem ældres hverdag og aktiv aldringspolitikker, hvordan de justerer sig i forhold til hinanden, og hvordan hverdagspraksisser "står helt centralt i den politiske praksis" (2015:86). Materielle, aldrende kroppe er dog næsten helt fraværende i disse studier, ligesom udforskningen af daglige biomedicinske forskningspraksisser og deres involveringer med aldrende kroppe ikke er en del af deres undersøgelser (se Lassen 2014a; Lassen og Jespersen 2015).

Hvor det således bliver centralt for både Lassen og Grøn at vise, hvordan de ældres selvfortællinger og praksisser kan nuancere biomedicinske *forståelser* af aldring, vil jeg med analytiske ressourcer fra STS-feltet

undersøge, hvordan materielle aldrende kroppe og kropslige specificiteter beskrives, håndteres og måles. Jeg vil undersøge, hvordan aldrende kroppe og kropslige karakteristika kan tage form i relationer mellem interventionsprotokoller, forskningsprocedurer og ældres igangværende forsøg med aldring (se kapitel 4). Afhandlingen bygger således også på etnologiske studier, der har interesseret sig for, hvordan aldrende kroppe konstitueres i møder med sundhedssystemer, plejepersonale og specifikke sundhedsteknologier (Idvall 2007; Lundin 2007; Clotworthy 2017). Der findes dog mig bekendt få eller slet ingen etnologiske studier, der har beskæftiget sig med, hvordan materielle aldrende kroppe produceres i samspil med biomedicinske forskningspraksisser eller kliniske interventionspraksisser, til trods for at interessen for både biomedicin og aldrende kroppe er ganske omfattende inden for aldringsforskningsfeltet.

Antropologerne Marc Berg og Madeleine Akrichs konceptualiseringer af kroppes "processuelle fremkomster" (2004) udgør en analytisk ressource i min tilgang til studiet af aldrende kroppe. Berg og Akrich argumenterer for, at studier af kroppe skal nedtone kritiske engagementer med dominerende konceptualiseringer af kroppe til fordel for undersøgelser af, hvordan "levede kroppe" og kropslige karakteristika fremkommer igennem og i kraft af konfrontationer med de netværk eller interventioner, som de produceres i og bliver en del af (Berg & Akrich 2004:3). I deres tilgang til kroppe fremhæver Berg og Akrich dermed de begreber, institutioner, teknologier og procedurer – de sammenfiltringer – der performer kroppe og specifikke kropslige karakteristika. Implicerede normative standarder eller moralske fundament kan derfor ikke udsiges på forhånd, men må udforskes i praksis. Filosofen Bruno Latour (2004) har på lignende vis søgt at gøre op med en fænomenologisk forsoning af den levede og den biologiske krop i et entydigt 'hele', og han undersøger, hvordan kroppe *artikuleres* både sprogligt og materielt i konstituerende processer (Latour 2004:209-210). I den forstand reduceres levede, aldrende kroppe ikke i møderne med kvantitative målinger og tests, snarere artikulerer disse møder aldrende kroppe på specifikke måder – som Latour formulerer det: "*It is through trials that actors are defined*" (Latour 1999:311).

I forlængelse af en sådan tilgang til studiet af kroppe har Mike Michaels og Martha Rosengarten (2012) argumenteret for, at et fokus på materielle specificiteter og møder skal komplementeres af undersøgelser, der koncentrerer sig om de måder, hvorpå artikuleringer af kroppe genererer usikkerheder og utilsigtede overskud. De argumenterer i forlængelse af dette for, at disse overskud ofte medfører nye eksperimentelle enheder. En sådan tilgang til studiet af aldrende kroppe gør det også muligt for mig at undersøge de konkrete effekter af flertydige videnspraksisser, og stadfæster dermed argumentet om, at aldringsforsøg ikke kan eksistere eller studeres som frie af de relationer og materialiteter, der bliver en del af disse.

I forhold til dette inspireres jeg i afhandlingens analyser ligeledes af sociolog John Law og hans invitation til at undersøge, hvordan 'ordningsmåder' praktiseres og konkret antager forskellige, flertydige materielle

former (Law 1994:95). Law aktiverer videnshistorikeren Michel Foucaults forståelse af diskurs som en 'materiel strategi' (jf. Moser 2006:671) og udforsker, hvordan vidensobjekter kontinuerligt performs i forskellige og skiftende mønstre af lokale, situerede praksisser (Law 2000; 2004b). Det er specifikt Laws analytiske tilgang til dynamikker mellem nærværende, fraværende og manifest fraværende materielle udtryk, som jeg inspireres af i forhold til at undersøge, hvordan specifikke kropslige karakteristika som aktivitet og forfald gøres som og i konkrete artikuleringer af aldrende kroppe. Dette uddyber jeg i afhandlingens kapitel 3 og 4.

Selvom aldrende kroppe i kliniske praksisser udforskes som biologiske entiteter, og jeg i afhandlingen interesser mig for disse kliniske udforskninger, forbinder produktionen af aldrende kroppe sig, som jeg har vist, også til kulturgerontologien, hvor spørgsmål om aldersrelateret kropsligt forfald og muligheder for at modvirke et sådant forfald anskues som tæt forbundet med ældres muligheder for kontinuerligt at skabe eller forblive et bestemt 'selv'. I det følgende skitserer jeg således, hvordan Kaufmans ideer om et 'aldringsløst selv' og ideer om kontinuitet i bredere forstand, særligt i en governmentality-inspireret kulturgerontologisk forskning, forstås som regulerende for ældres kroppe og hverdagspraksisser. Herefter diskuterer jeg, hvordan jeg vil forholde mig til og udbygge denne kritik i afhandlingen, idet jeg vil undersøge relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver i forsøgsdeltagelsen.

Relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver

De idealer for kontinuitet mellem livsfaser, som jeg skitserede i indledningen til dette kapitel, og som fremhæves i opgøret med fortællingen om aldring som entydigt forfald, har ikke alene influeret kulturgerontologiske tilgange til aldrende kroppe mellem forfald og aktivitet, men har ligeledes implikationer for, hvordan relationer mellem krop og selv i aldringsprocessen studeres (og genereres) i det kulturgerontologiske felt.

Kritik af aktiv og sund aldring har, udover at ernære en fænomenologisk interesse for den selvoplevede aldring, i vidt omfang udviklet sig i forlængelse af Foucaults governmentality-analyser, der beskæftiger sig med de måder, hvorpå mennesker subjektiveres både kollektivt og individuelt i relationer mellem specifikke styrings- eller domesticeringsteknologier og menneskers egne strategier til selvskabelse og selvintervention (jf. Foucault 1988:19, Otto udateret:2-3, Gordon 1991:4)¹³. Til trods for at Foucault ikke selv beskæftigede sig analytisk med alderdom eller aldring (jf. Katz & Marschall 2002:162), forudsagde han, hvordan individer, der på grund af deres biologiske alder falder uden for krav om produktiv kapacitet og aktivitet, vil blive

¹³ Inden for det kulturgerontologiske forskningsfelt har adskillige studier desuden fremhævet, hvordan den gerontologiske disciplins skiftende konstruktioner af ældre mennesker som en specifik 'population' påvirker, hvordan aldringsprocesser og aldrende kroppe forstås og håndteres i forskellige praksisser (eg. Katz 1996, 2000; Leedham & Hendriks 2006; Powell, Biggs & Wahidin 2006), hvilket går godt i spænd med den måde, hvorpå afhandlingen beskæftiger sig med (etnologiske) aldringsforsøg som produktive.

subjekter for subtile biopolitiske mekanismer, som vil virke gennem blandt andet statslige interventioner (Foucault 2003:244).

Den canadiske aldringsforsker Stephen Katz kobler på den baggrund aktiv og sund aldring med konsolideringen af neoliberale, biopolitiske styringsformer, inden for hvilke magt distribueres gennem de former for viden, individuelle subjekter producerer i enten modstand mod eller i opretholdelsen af deres egen 'sunde' aldringsprocesser (Katz 1996 & 2000; Moreira & Palladino 2008). Ældre forventes ifølge Katz at arbejde med sig selv og realisere deres kropslige potentiale blandt andet for at forlænge den (økonomisk) produktive fase af livet – til skade for andre aspekter af et godt ældre liv. Ved hovedsageligt at fokusere på, hvordan biomedicinen og politiske programmer konstruerer og håndterer ældre mennesker som en population, hvis aldringsadfærd og aldringspraksisser begrænses og reguleres, har Katz i en række studier peget på, hvordan aktiv og sund aldring rummer en stadig øget tilknytning mellem ældre individers fortsatte 'selvskab' og (gen)opbygning af kroppen (se for eksempel Katz 2000). Her er Katz også på linje med den governmentality-inspirerede sociolog Nikolas Rose, der har argumenteret for, hvordan der i interesse for ledelse af befolkningen er sket et afgørende rationalitetsskifte fra et fokus på behandling til et fokus på sygdomsforebyggelse, risikostyring og livsstilsvejledning (Rose 2007:54). I dette historiske skifte fremkommer ifølge Rose en ny form for 'bios-borger'; en borger, der gennem nye medicinske teknologier og på linje med biomedicinske normer og standarder medvirker til at gøre kroppen til et objekt, som konstant kan optimeres, fornyes og forbedres. Den tilrettede og disciplinerede bios-borger formes som et '*somatisk selv*' (Novas & Rose 2000), der underlægges og underlægger sig kontinuerlige målinger og kontroller for at undgå sygdom og for kontinuerligt at intervenere i relation til egen krop og eget helbred (Rose 2007:154). At individet tildeles ansvar for at sikre et langt, sundt og godt liv, kan have betydninger for relationer til kroppen i aldringsprocessen, hvilket flere studier har argumenteret for:

Den svenske sociolog Peter Öberg peger således på, at ældre gennem biografiske narrativer ofte præsenterer sig selv som både "aldringsløse" og "kropsløse" (Öberg 1996:704), men at sådanne selvfortællinger er bundet op på herskende konventioner eller diskurser i vestlige samfund, hvor de ældres egne ønsker for alderdommen og ældre livet kommer til at afspejle velfærdsstatens behov for at øge eller bevare borgernes økonomiske produktivitet uagtet den kropslige nedslidning, der eventuelt måtte høre til alderdommen (ibid.:705-706). Følger man således Öbergs argumentation, bliver forestillinger om kontinuitet på samme måde som 'kronologisering' og inddeling af livet i livsfaser forbundet til historisk specifikke styringsformer og et overvejende økonomisk rationale om styrkelse af et aldersintegreret samfund. Sociolog Julia Twigg beskriver på linje med Öberg disintegrationen af krop og intellekt som et samfundsskabt vilkår og som noget, der karakteriserer aldringsprocesser særligt i den vestlige verden (Twigg 2000; 2006). Det er en pointe hos Twigg, at ældre påtager sig en kartesiansk dualisme mellem ånd og krop, eller slet og ret en

fornægtelse af kroppen, idet kroppens forfald grundet en kapitalistisk forbrugslogik, der fremstiller den yngre krop som et efterstræbelsesværdigt ideal, vanskeliggør ældres følelse af attråværd eller fortsat kropslig udfoldelse (Twigg 2006:49-51). Adskillelse mellem krop og sind gør sig ifølge den svenske etnolog Karin Lövgren særligt gældende for kvinders forhold til egne kroppe i aldringsprocessen (Lövgren 2009), mens sociolog Barbara Marschall i en nordamerikansk kontekst har peget på, hvordan aldrende kroppe bliver kønnede i kraft af produktionen af henholdsvis ældre mandekroppe og ældre kvindekroppe i populærkultur, i markedsføring af produkter til ældre eller i eksempelvis fitnessindustrien (Marschall 2015; Katz & Marschall 2002). Hvorvidt eller hvordan køn bliver medkonstituerende for igangværende aldringsforsøg, interesserer jeg mig ligeledes for i afhandlingen. Spørgsmål om aldrende kroppe og kønnede kropsnormer undersøger jeg blandt andet i relation til det aldrende selv i afhandlingens kapitel 5, men spørgsmål om køn bliver også relevant i andre af afhandlingens kapitler, særligt hvad angår domestiske rutiner.

Gerontologen Kevin E. McHugh kritiserer på baggrund af Öbergs analyser direkte Kaufmans fremstillinger af et aldringsløst selv (McHugh 2000). McHugh argumenterer for, at det aldringsløse selv er et påduttet eller ligefrem et 'falsk' selv, som alene bekræfter idealer for alderdommen, der sætter engagement og aktivitet i stedet for afvikling og forfald. Et sådant ideal, pointerer McHugh, er fremvokset i en ressourcestærk middelklasse jævnfør Kaufmans fokus på samme og presser unødigt alle ældre uanset baggrund til vedvarende at holde sig i gang og bidrage både økonomisk, socialt og fysisk (McHugh 2000). At et 'aldringsløst selv' og mere generelt praktiseringer af kontinuitet eller relationalitet mellem livsfaser kan anskues som forbundet med historisk specifikke politiske og kulturelle normer og rationaler for aldring, bliver ligeledes en central indsigt for afhandlingens undersøgelser.

Det er på den baggrund oplagt at forstå CALM-projektet som en magtteknologi, der kobler aktiv og sund aldring med udviklingen af bestemte selvteknologier i kraft af konsolideringen af en modtagelig forsøgspopulation. I et interview har Rose dog formuleret: "Jeg tror ikke, at menneskelige subjekter blot er et passivt materiale, som disse teknologier virker på. De produceres ikke blot på en robotagtig måde som resultaterne af disse teknologier. Min tilgang til spørgsmålet fører tilbage til min tidligere pointe omkring heterogeniteten af subjektiveringspraksisser. Der er ikke noget ensformigt teknologisk imperativ, der på ethvert historisk tidspunkt løber igennem alle de praksisser, hvori individer subjektiveres. Individer er underkastet en lang række forskellige og ofte konkurrerende subjektiveringsteknologier." (Interview med Nikolas Rose i Sørensen og Hjorth, 2000:144).

Tager man Roses argument om heterogeniteten af subjektiveringspraksisser for pålydende, bliver det væsentligt at undersøge forsøgsdeltagelse som flertydige rationaler, strategier og praksisser, der også afhænger af forskellige livsforløb. Den kliniske intervention bliver således ikke kun en magtteknologi, der

producerer enten føjelige eller modstandsdygtige ældreliv og aldrende kroppe; relationerne mellem objektivisering og subjektivisering kan fremhæves som langt mere komplekse. En række studier med fokus på ældre og aldring har da også i kølvandet på både Roses og Katz' tænkning peget på nødvendigheden af en mere nuanceret kritisk tilgang til samtidige folkesundhedsinitiativer, hvor man frem for at forstå disse som et udtryk for ét entydigt og normaliserende magtregime, der resulterer i en bestemt livsførelse, i stedet undersøger de mange og kreative måder, hvorpå folk engagerer sig med dominerende teknikker for sunde, aktive og selvintervenerende bios-borgerskaber (se Otto & Schøler 2011; Otto, 2013; Oxlund 2012).

I Danmark har blandt andre etnolog Lene Otto (2013) undersøgt, hvordan kommunale forebyggende hjemmebesøg hos ældre borgere tager form som forhandlinger mellem de sundhedsprofessionelle og de ældre selv, i hvilke de ældre gradvist kan subjektiveres til at anerkende et proaktivt og intervenserende forhold til deres egne kroppe. Otto viser, hvordan de forebyggende hjemmebesøg handler om at udbygge og fastholde de ældres kendskab til og mestring af egen hverdag og egen krop, men også at hjemmebesøgene kan have den utilsigtede konsekvens, at de ældre bliver holdt ansvarlige for eget forfald, hvis de ikke fortløbende opsøger kommunale aktivitetstilbud (Otto 2013:111). Ottos pointe er således, at de ældre lærer at genkende aktiv aldring som meningsfuldt ved vedvarende at arbejde med sig selv på forskellige måder, men de ældre opfordres desuden til at artikulere deres forskellige behov, og hvad de finder væsentligt for at få hverdagen til at fungere og nyde livet (ibid.:132). I den forstand bliver aktiv og sund aldring ikke entydigt regulerende, men handler også om videreførelse af de ældres forskellige 'gode liv'.

Antropolog Bjarke Oxlund (2012) fremfører et lignende argument, idet han har analyseret, hvordan specifikke måleteknologier som eksempelvis skridttællere og søvnregistreringer bliver til vigtige redskaber for "selvteknologiens udfoldelse" (Oxlund 2012:105), det vil sige for de måder, hvorpå individer lærer at arbejde med sig selv med udgangspunkt i deres egne bestræbelser, frihed og selv-etikker (Foucault 1988:18). I mine analyser vil jeg på linje med både Otto og Oxlund undersøge, hvordan de ældre forsøgspersonerne selv indgår i og former de videnspraksisser, der producerer viden om dem – i CALM i form af en viden om aldrende kroppe og aldersrelateret forfald – og hvordan igangværende ældreliv reagerer på, indoptager og potentielt er med til at konstituere og ændre de sundhedsinterventioner og ældrepolitikker, der involverer dem.

Som Otto og Oxlund interesserer jeg mig ligeledes for Foucaults ideer om selvteknologier i den forbindelse, og jeg vil undersøge, hvordan forsøgsdeltagelse kan implicere realisering af meningsfulde rutiner og vedvarende meningsfuld selvskabelse. I afhandlingens kapitel 5 fokuserer jeg konkret på, hvordan variationer af *aldrende* selv konstitueres, og jeg tager derfor ikke for givet, at aldringsprocesser udgøres af eller resulterer i én bestemt relation mellem krop og selv, hvor kroppen altid træder i baggrunden. Jeg er som nævnt

interessere i, hvilke forsøgsdeltagere CALM-forskerne har brug for, men samtidig interesserer det mig, hvordan forsøgsdeltagerne *bruger* CALM, de kliniske praksisser og de protokolspecifikke livsstilsændringer i egne igangværende aldringsforsøg.

I forhold til dette finder jeg det gunstigt at inddrage antropolog Charis Thompsons (tidligere Cussins) studier af reproduktionsteknologier, hvori hun blandt andet viser, hvordan videnskabelige praksisser og medicinske indgreb sammenvæves med bestemte subjektdannelser (Thompson 1996, 2005). I sine undersøgelser påpeger Thompson, at 'selvet' ikke kan anskues som en præeksisterende enhed, men snarere bliver et udkomme af en konstant bevægelse eller dans mellem objektivering og subjektivering i en såkaldt *ontologisk koreografi*. Thompson tager udgangspunkt i situationer med patienter i klinisk behandling, som umiddelbart er anderledes end et randomiseret klinisk forsøg. Som mine redegørelser for sarkopeni-syndromet og CALM-projektet imidlertid har peget på, er sondringen mellem patient- og forsøgskroppe dog ikke nødvendigvis entydig: CALM har til formål at implementere livsstilsændringer, der også har en form for 'helbredende' effekt forstået på den måde, at ændringer af aktivitetsrutiner i kombination med diætombælgninger anskues som mulig behandling for sarkopeni. Thompson trækker i sine analyser blandt andet på en Marcel Mauss-inspireret antropologisk forskning, der har studeret kulturelt specifikke konfigurationer af selv, og som viser, at selvet kan forstås som en slags ansigter eller som kontinuerlige sociale rolleskift (Thompson 2005:181). Med den ontologiske koreografi beskriver Thompson disse skift som en dans mellem forskellige ontologiske positioner, og hun argumenterer for sameksistensen af forskellige konfigurationer af aktørers egen handling og forskellige former for objektivering. Hun viser, hvordan objektivering ikke i alle tilfælde er det modsatte af subjektivering, men at objektivering også kan være en måde, hvorpå individuelle subjektiver skabes og vedvarende skaber og fastholder et 'selv'.

Jeg vil således undersøge, hvordan idealer om kontinuitet og (krav om) kontinuerlige selvinterventioner praktiseres på forskellige måder i de ældres allerede igangværende aldringsforsøg, og hvordan disse idealer indgår i skiftende og flertydige relationer mellem kroppe og selver i forsøgsdeltagelsen. Modsat Öberg og McHugh – og til dels også Katz – er det således ikke mit udgangspunkt, at de ældre forsøgsdeltagere i CALM-interventionen må anskues som entydige inkarnationer af et 'aldringsløst selv', endsige at et aldringsløst selv må forstås som et 'falsk' selv ved at være en magtfuld og udefrakommende subjektposition produceret udelukkende i biomedicinen eller i biopolitiske praksisser som frakoblet ældres forskellige hverdagsliv. Hverdagslivet vil, som tidligere nævnt, i det hele taget ikke blive anskuet som et autonomt felt eller et stabilt objekt, som kun udefrakommende interventioner definerer eller forandrer. I stedet analyserer jeg hverdagsliv i en etnologisk tradition, hvor der er fokus på gensidige sammenhænge mellem (bio)politik og

hverdagens normer, praksisser, rutiner og rytmer, og jeg lægger særligt vægt på, hvordan disse sammenhænge fortløbende producerer og produceres i igangværende aldringsforsøg.¹⁴

Etnologiske hverdagslivsinterventioner

Som dialogpartnere i udviklingen af en sådan hverdagslivsforståelse trækker jeg i afhandlingen på en række 'etnologiske hverdagslivsinterventioner', som jeg vil definere som studier, der interesserer sig for de måder, hvorpå vi som etnologer påkaldes til at arbejde med, styre, forandre, forbedre og innovere hverdagslivet (se Petersen & Munk 2011; Sandberg 2014; Damsholt og Petersen 2014; Damsholt og Jespersen 2014). Hvor jeg i de foregående afsnit har haft særligt fokus på, hvordan afhandlingen vil undersøge og bidrage til problematikker angående aldrende kroppe mellem forfald og aktivitet og relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver, lægger jeg i det følgende vægt på, hvordan etnologiske studier (særligt af sundhed og aldring) fremhæver hverdagslivet som kulturelt forskelligt og som kollektivt sammensat og distribueret. Etnologien involveres i et stadig større omfang i private og offentlige partnerskaber, herunder i tværvidenskabelige folkesundhedsinitiativer, som eksempelvis CALM-projektet. Der kan derfor ikke etableres et skarpt skel mellem etnologiske hverdagslivsinterventioner og den kulturgerontologiske forskning, selvom jeg i nærværende kapitel for læsbarhedens skyld har etableret en sådan opdeling. Når jeg i kapitlets efterfølgende afsnit diskuterer nyere etnologiske tilgange til hverdagsliv og rutiner, inddrager jeg derfor også studier af aldring, om end aldringspraksisser ikke bliver mit primære fokuspunkt.

Interessen for hverdagslivet og dets eksistensbetingelser har i et faghistorisk perspektiv været med til at definere etnologien og har siden fagets opståen været et centralt forskningsobjekt (jf. eksempelvis Stoklund 1979). Som etnologerne Tine Damsholt og Morten Krogh Petersen fremhæver, studerer den etnologiske hverdagslivsforskning dog ikke hverdagslivet som en fastlåst entitet eller et stabilt objekt, der eksisterer i og for sig selv, men snarere som et objekt, der konfigureres, konstitueres og materialiseres på bestemte måder i skiftende "problematiseringer" (Damsholt & Petersen 2014:5). En central pointe er således, at hverdagsliv altid allerede er problematiseret, idet hverdagslivsbegrebet og studiet af hverdagsliv er lånt ud til en række brugere og projekter – og herunder til etnologien (Damsholt & Petersen 2014). For etnologien kan det derfor være en væsentlig opgave at gå i dialog med, intervenere i og genskabe de forskellige måder, hvorpå hverdagslivet bliver gjort til genstand (jf. Sandberg 2014).

¹⁴ Her er jeg således på linje med Lassen og Jespersens studier af aktiv aldring, som jeg kort berørte i det forrige afsnit, om end jeg i kraft af min interesse for aldringsforsøg udforsker, hvordan ældres igangværende hverdagsliv kan være med til at *producere* aldringspolitikker og biomedicinske praksisser, hvorfor begrebet 'synkronisering' ikke nødvendigvis bliver fyldestgørende for afhandlingens analyser.

Publikationer inden for en etnologisk (sundheds)forskningstradition har blandt andet bidraget til at sætte fokus på kulturelt forskellige hverdagsliv. Et konkret eksempel på dette er etnolog Lene Ottos magisterkonferens fra 1998, hvori hun argumenterer for, at sundhed forstås og praktiseres forskelligt i strukturelt forskellige hverdagsliv i den danske befolkning: Otto viser, hvordan sundhed både bliver lig med fraværet af sygdom som et middel til at forblive rask og får en bredere betydning som identisk med det 'gode liv' (Otto 1998:4). Otto peger dermed på sameksistensen af *forskellige* sundhedsopfattelser (ibid.:148), og hendes analyser har fået bred betydning for sundhedsuddannelser og i folkesundhedsinitiativer. Etnolog Signe Mellemegaard har undersøgt relationer mellem sundhed og natur, og hvordan det naturlige kontinuerligt bliver argument for det sunde, mens det samtidig er historisk og diskursivt specifikt, hvad sundhed og naturlighed kan betragtes som. Undersøgelser af kulturelt forskellige sundhedsopfattelser og kulturelt forskellige hverdagsliv bygger jeg videre på i afhandlingen for at forstå og beskrive forskellige praktiseringer af 'aktiv og sund aldring' i forsøgsdeltagelsen i CALM. Samtidig fremdrager jeg her Otto og Mellemegaards studier, fordi de fremstår som eksempler på, hvordan forskellige versioner af hverdagsliv og sundhed også kontinuerligt genereres af etnologien som løsninger på eksempelvis folkesundhedsproblematikker. Etnologien er dermed ikke blot involveret i at bevare og dokumentere forskellige hverdagsliv, men er også med til at udpege, forme og forandre disse (jf. Damsholt og Jespersen 2014).

Ved at være med til at pege på hverdagslivet som et mulighedsrum for forandringer eller som et udgangspunkt for at forandre andre praksisser engagerer etnologien sig desuden i stadig større omfang i projekter, der har mål i hverdagslivet. I de senere år er flere etnologiske ph.d.-afhandlinger blevet udarbejdet i tværvideenskabelige og ofte eksternt finansierede projektkonstellationer¹⁵. Størstedelen af disse afhandlinger beskæftiger sig med spørgsmål, der angår sundhed og/eller aldring. De har desuden det tilfælles, at de hver især har skullet forholde sig til, hvordan deres undersøgelser indgik som mere eller mindre kritiske partnere i folkesundhedsinitiativer, der overordnet set har til formål at forbedre, monitorere og modvirke bestemte hverdagspraksisser, kroppe og subjektiviteter, hvad enten der er tale om rehabiliteringsindsatser på ældreområdet (Clotworthy 2017) eller evidensbaserede strategier til bekæmpelse af fysisk inaktivitet og overvægt (Winther 2017).

Jeg trækker på disse studier ved, at jeg i afhandlingen undersøger og intervenserer i de måder, hvorpå CALM-projektet og herunder det humanistiske bidrag problematiserer forsøgsdeltagernes hverdagsliv for at kunne gøre hverdagsliv til objekt for forandringer. Særligt er jeg inspireret af etnolog Jonas Winther, som i sin afhandling *Making it Work* (2017) viser, hvordan der ikke eksisterer et hverdagsliv uden for den kliniske

¹⁵ Se Lassen 2014, Schøler 2016, Clotworthy 2017, Winther 2017, Bønnelycke 2018 og Møller 2018

intervention, han studerer – forskerne og forsøgsparticipanterne må kollektivt definere et interventionsspecifikt hverdagsliv som udgangspunkt for forskning og livsstilsændringer.

Udover at fremhæve hverdagslivet som kulturelt forskelligt understreger etnologiske hverdagslivsinterventioner således også hverdagslivets socialitet og kollektive strukturer: Når etnologien griber ind i hverdagslivet, er det ikke i autonome individers liv, men tværtimod i hverdagspraksisser, der deles, forhandles og konflikteres om eksempelvis i hushold (jf. Damsholt og Jespersen 2014) eller i klinisk forskning (Winther 2017). I forhold til afhandlingens undersøgelser finder jeg det i den forbindelse væsentligt at fremhæve Jespersen, Bønnelycke og Eriksen (2014) undersøgelser af en specifik livstilsintervention med overvægt og fysisk aktivitet, som i dette spor foreslår, at livsstilsændringer må undersøges som konkrete praksisser situeret i de heterogene netværk af aktører, som er involveret i daglige praktiseringer af fysisk aktivitet, frem for i det enkelte individ (ibid.:656).

Både Jespersen, Bønnelycke og Eriksen og Winther viser, hvordan succesfuld interventionsforskning og livsstilsændringer således kræver etableringen af, hvad sociolog Tiago Moreira har kaldt 'sociomaterielle kollektiver' rundt om forsøgspersonerne, involverende både teknologier, forskere og forsøgspersonerne selv (Jespersen, Bønnelycke & Eriksen 2014; Winther 2017). I studierne af disse kollektiver lægges der vægt på omsorg og omsorgsarbejde, forstået som de omfattende og ofte ad hoc-procedurer og daglige tilpasninger til livssituationer og kroppe, som eksempelvis forskningen i en klinisk intervention sætter i værk for at sikre forsøgspersoners gennemførelse eller *compliance*. Her er de særligt inspireret af den hollandske filosof Anne Marie Mols studier af, hvordan omsorg gøres og forhandles i praksis (Mol 2008a; Mol, Moser og Pols, 2010), som jeg også trækker på i mine analyser. En afgørende pointe er, at dataindsamling og omsorgsarbejde er indbyrdes afhængige, og disse studier har blandt andet fokus på, hvordan pleje og omsorg ofte sammenblandes med forskning i praksis (jf. også Easter et al., 2006; Timmermans 2010). Det vil sige, at de i deres undersøgelse fremhæver det omfattende arbejde, som kliniske forskere må udføre for at opretholde succesfulde livstilsinterventioner, ligesom de argumenterer for, hvordan omsorgs- og forskningspraksisser konstituerer hinanden. Som Winther og Moreira peger på, eksisterer der imidlertid kun begrænset forskning, der beskæftiger sig med, hvilke praksisser dannelsen af 'sociomaterielle kollektiver' fordrer af involverede forsøgspersoner, og herunder hvordan forsøgspersonerne indgår i disse og tager dem på sig (jf. Moreira 2004:6; Winter 2014:173). Særligt mangler der ifølge Moreira studier, der følger patienter eller forsøgspersoner over en længere tidsperiode, sådan som jeg har gjort det i mit feltarbejde. I den forbindelse er psykolog Morten Nissens studier af 'deltagelsessubjektivitet' (*The Subjectivity of Participation*) en

undtagelse (Nissen 2012)¹⁶. Med udgangspunkt i empiriske studier af deltagelse i socialt arbejde udvikler Nissen en teori om deltagelsens kollektive subjektdannelse. Om end der er tale om en anden sammenhænge end den kliniske, former det sociale arbejde sig også i et vist omfang som kollektive forsøg. Det vil sige, at jeg netop som nævnt har fokus på forsøgsdeltagelse som kollektive processer, og jeg vil tilgå biomedicinsk forskning i muskeltab og livsstilsændringer og forsøgspersonernes livsstilsændringer som indbyrdes afhængige og transformerende.

Hverdagsliv og (domestiske) rutiner

Jeg trækker i min undersøgelse ikke kun på etnologiske interventionsstudier, men også i bredere forstand på den etnologiske hverdagslivsforskning, herunder navnligt på de svenske etnologer Billy Ehn og Orvar Löfgrens studier af vaner og rutiner, som de særligt udfolder i bogen *The Secret World of Doing Nothing* (Ehn & Löfgren 2010). Ehn og Löfgren peger på, at ordet 'rutine' etymologisk kommer af ordet rute, som også kan betyde lille sti. På den baggrund foreslår de, at man kulturanalytisk interesserer sig for, hvordan hverdagens rutiner på lignende måder skabes, udviskes og genskabes gennem en række 'kulturelle fodaftryk' som foranderlige, men også gentagne og vedligeholdende praksisser (Ehn og Löfgren 2010:81). I deres perspektiv *praktiseres* hverdagslivet således i et netværk af sammenflettede og sammenstødende rutiner, som løbende må gennemgå transformationer for at gøre plads til andre og nye rutiner, men som også implicerer både gentagelse og bevarelse. Det vil sige, at jeg ikke alene vil udforske, hvordan gamle rutiner fordamper, mens nye opstår, men at jeg på én gang vil udforske rutiners varighed og samtidig, som Damsholt og Jespersen formulerer det, rutiners potentiale for gradvise forandringer og justeringer (jf. Damsholt og Jespersen 2014:18). Til trods for at jeg som nævnt forankrer studiet af forsøgsdeltagelse i de materielle og sociale praksisser, som de involverede aktører udfører og bliver en del af på daglig basis, anlægger jeg i afhandlingen således, hvad man kunne kalde et 'processuelt praksisfokus'¹⁷(jf. Damsholt 2015:13).

Konkret er jeg interesseret i at forstå, hvordan rutiner særligt i forhold til måltider og fysisk aktivitet impliceres af en fortid. Når jeg i afhandlingens kapitel 6 og 7 lægger vægt på at undersøge de ældre forsøgspersoners interventionsspecifikke trænings- og måltidsrutiner, handler det for det første om, at CALM-

¹⁶ Nissen viser blandt andet, hvordan det i socialt arbejde over længere tid dannes et 'vi' gennem dannelse af tillid og anerkendelsesprocesser. I nærværende afhandling er netop ideer om forsøgsdeltagelse som kollektive processer afgørende for at forstå de allerede igangværende aldringsforsøg, som involveres i og formes i CALM-projektet. Det viser jeg i de analytiske kapitler, om end jeg ikke specifikt inddrager Nissens forskning, idet jeg desværre for sent blev opmærksom på denne.

¹⁷ Trods nogen analytisk inspiration fra den performative gren af STS og herunder særligt Mol er jeg således ikke udelukkende interesseret i at undersøge, hvordan "objects come into being – and disappear – with the practices in which they are manipulated" (Mol 2002:5). Jeg fokuserer også på kontinuitet og varighed.

projektet har til formål blandt andet at skabe viden om fysisk aktivitet og diætombælgninger, og for det andet handler det om, at undersøgelser af træning og måltider kan fungere som det, Ehn og Löfgren har benævnt analytiske 'køkkenindgange' (Ehn og Löfgren 2006) til at studere forskellige, men sammenhængende praksisser. At benytte køkkenindgangen i studiet af kultur henviser til, at man som kulturanalytiker tager højde for umiddelbart ubetydelige og ensformige hverdagstrivialiteter og undersøger, hvordan hverdagslivets mikroprocesser og gentagne mønstre ofte involverer og sammenvæves med andre kulturelle processer. Som sådan kan en analytisk interesse for de ældre forsøgspersonernes igangværende trænings- og måltidsrutiner, og hvordan de har skiftet gennem tiden, gøre det muligt for mig også at udforske, hvordan realiseringer af interventionsprotokollen konkret tager sig ud i de ældres hverdagspraksisser, og hvordan kliniske forskningspraksisser ved at skabe specifikke standarder for ældres daglige rutiner også potentielt fremmer bestemte aldringsprocesser eller med ord specifikke forsøg med aldring.

Som jeg har været inde på i afhandlingens indledning, spiller interventioner i ældres måltider en central rolle i forhold til at forbedre de ældres generelle helbredstilstand, formindske aldersrelateret forfald og funktionstab og dermed sikre 'længst muligt i eget hjem' (Jensen 2018:325, Fisker et al. 2018:9-10). I den skandinaviske etnologiske forskning findes der således også en interesse for ældres mad og måltider (se for eksempel Gustafsson & Sidenvall 2002; Alftberg 2012; Jensen, Grønnow og Jespersen 2015). Fælles for disse studier er, at de ofte omhandler den allerældste del af befolkningen og enten hjemmeboende skrøbelige og sårbare ældre eller institutionaliserede ældre. Disse studier diskuterer desuden forandringer af rutiner, smag og appetit i forbindelse med sygdom, funktionsnedsættelser, tab eller ensomhed og peger på, hvordan både plejepersonale og pårørende ofte kan have en betydning for, hvor meget, hvad og hvordan ældre spiser (ibid.). I den forstand har disse studier været med til at etablere og udpege en bred interesse for de sociale aspekter af ældres måltider, og flere af disse studier har da også bidraget direkte til en national eller kommunal forebyggelsesindsats. 'Sociale fællesskaber' og det at spise sammen med andre er derfor i høj grad blevet en normativ rettesnor for ældres gode måltider¹⁸, hvilket jeg også berører i kapitel 6.

At måltidet kan anskues som social begivenhed og som indlejret i sociale relationer er ikke i sig selv en ny indsigt. I kulturvidenskabelig og sundhedsvidenskabelig måltidsforskning bruges ofte begrebet *commensality*, der henviser til socialiteten omkring og i et måltid (se for eksempel Kerner, Chou & Warmind 2015). I et nyere etnologisk måltidsstudie fremhæver den svenske etnolog Håkan Jönsson desuden, hvordan måltidet bliver en socialiseringsarena (Jönsson 2018:73). Med mig fra både etnologisk måltidsforskning og fra

¹⁸ Ifølge historiker Tenna Jensen skyldes dette især, at forebyggelsesindsatsen, der skulle sikre 'længst muligt i eget hjem', havde underernæring blandt de ældre som utilsigtet konsekvens, hvorfor der opstod fokus på, at lysten til at spise ikke alene handlede om måltidets næringsmæssige sammensætning, men også om spisningens specifikke situation (Jensen 2018:325).

commensality-inspirerede analyser tager jeg derfor præmissen om, at måltider både konstituerer bestemte subjektiviteter og må forstås som socialt formet og distribueret. Måltider reflekterer det samfund, vi lever i, sociale hierarkier og historisk specifikke rationaler, og jeg interesserer mig i afhandlingen for, hvordan måltider desuden kropsliggøres og involveres med andre rutiner (jf. Löfgren 2014). I min tilgang til studiet af interventionsspecifikke måltidsrutiner trækker jeg derfor på både Löfgren og andre nyere etnografiske studier, der koncentrerer sig om spisning som et analytisk værktøj eller en "ny måde at se på" (Abbotts & Lavis 2015). Sidstnævnte studier undersøger spisning som praksisser, der konstitueres både *i* og *uden for* kroppe i en 'assemblage' af humane og nonhumane aktører, erindringer og påbud, og fastholder, at mad og spisning samtidig konstitueres af biologi og sensorisk engagement (Mol 2011; Abbotts & Lavis 2015; Hillersdal, Christensen og Holm 2017). I et projekt som CALM giver det i min optik mening at undersøge, hvordan forsøgspersonernes måltidsrutiner og de madvalg, forsøgspersonerne træffer, konkret involveres med valprotein som en på mange måder uspecifik komponent i opbygningen af aldrende kroppe og desuden kan komme til at hænge sammen med fordøjelse af den proteindrik, forsøgspartnere skal indtage dagligt i interventionsperioden – og af proteindrikkens smag. Når jeg i afhandlingen imidlertid fastholder, at jeg undersøger måltider og særligt måltidsrutiner og ikke som sådan spisning, er det, fordi jeg interesserer mig for, hvordan måltider også kontinuerligt formes af og former subjekter, kroppe og andre praksisser og aspekter af igangværende ældreliv, og mindre for de måder, hvorpå mad passerer gennem vores kroppe og helt konkret bliver til krop (jf. Mol 2008b). Med andre ord vil jeg undersøge, hvordan interventionsspecifikke måltidsrutiner praktiseres, og hvordan hverdagsliv også efter pensionen konstitueres i det antropolog Jon Rasmussen beskriver som forskellige *måltidsordener* (Rasmussen 2017:163)¹⁹, der kan være skabt over et helt liv med arbejde, familie og venner. Jeg vil derfor udvikle den ovenfor berørte assemblage-tilgang til spisning til også at handle om, hvordan forskellige tider og forskellige tiders aktører og praksisser foldes ind i organiseringen af måltider og i igangværende og nye måltidsrutiner. I afhandlingens kapitel 6 undersøger jeg således, hvordan forsøgspersonernes måltidsrutiner på én gang sammensættes i både nutiden, fortiden og fremtiden. På den baggrund udvikler jeg i kapitel 6 et nyt analytisk greb: "*implicerede måltidspartnere*", der blandt andet trækker på en litteraturvidenskabelig forskning, som beskæftiger sig med relationer mellem skribent og læser (Iser 1972).

Grundlæggende vil jeg i afhandlingens analyser som Ehn og Löfgren forsøge at gøre en dyd ud af at forholde mig åbent undersøgende og associerende til, hvordan nogle aktiviteter bliver rodfæstede, usynlige og naturaliserede mønstre af handlinger, som gentages og tages for givet (Ehn & Löfgren 2010:82). Analytisk

¹⁹ Rasmussens studie handler om ældre, der kan betragtes som 'socialt udsatte' (se Rasmussen 2017). Disse ældre lever ofte på gaden, men måltiderne konstituerer en form for orden i deres dagligdag. Jeg viser, hvordan særlige måltidsordener også praktiseres af mine informanter, selvom der på mange måder er tale om en helt anden gruppe ældre.

inspiration til undersøgelse af forandring og vedligeholdelse af rutiner henter jeg derfor ikke kun inden for én teoretisk ramme, men jeg forsøger at etablere nye samtaler og forbindelser mellem flere etnologiske og kulturvidenskabelige begreber og perspektiver. Disse forbindelser etableres på et konkret analytisk niveau i hvert enkelt kapitel og fungerer som værktøjer til at åbne analysen op. I den forstand kan min sammensætning af perspektiver og begreber blive medkonstituerende for nye aldringsforsøg, hvilket understreger min tilgang til den etnologiske praksis som ikke blot performativ, men også generativ (jf. Hastrup 2014:49). Et eksempel på dette er de måder, hvorpå jeg inddrager den etnologiske livsformsanalyse (se Højrup 1983). Livsformsanalysen knytter muligheder for forskellige hverdagsliv til organiseringen af produktionen og de produktionsmåder, der eksisterer i samfundet. Med livsformsanalysen kan jeg udforske og understrege kulturelle forskelligheder mellem forsøgspersonerne, der også ifølge forsøgspersonerne selv kan have at gøre med specifikke livsvilkår.

I mit feltarbejde fremhævede dialoger og møder med forsøgspersonerne, hvordan uddannelse og arbejdsliv har en betydning for, hvordan de indretter deres hverdagsliv efter pensionen: Holder de eksempelvis fast i en skarp opdeling mellem pensionisttilværelse og et tidligere arbejdsliv, eller har de stadig eksempelvis et akademisk virke eller er engageret i bestyrelsesarbejde eller i selvstændig virksomhed? Hvordan er deres nuværende rutiner influeret af deres arbejdsliv? Den slags spørgsmål stiller jeg, idet jeg mobiliserer en selektiv læsning af den etnologiske livsformsanalyse i afhandlingens analyser. I afhandlingens kapitler vil jeg bruge de indbyrdes afhængige og modsatrettede livsformsbegreber til at bibringe indsigter i, hvordan arbejdslivet har betydning i det sammensatte og komplekse felt, jeg undersøger hverdagsliv som. Selvom jeg ikke tager udgangspunkt i en strukturel-dialektisk begrebsudvikling eller søger at problematisere forskellige hverdagsliv med udgangspunkt i produktionsmådebegrebet, undersøger jeg, hvordan livsformsspecifikke hverdagslivsforståelser indgår i konfigurationer af ældreliv. Det gør jeg ud fra en ide om, at den etnologiske livsformsanalyse understøtter undersøgelser af, hvordan hverdagspraksisser ikke blot kan anskues som entydige, individuelle, intentionelle eller stabile størrelser, men snarere udgøres og praktiseres af kollektiver i familier, hushold eller andre former for social organisering (Højrup 2002).

Et centralt sted at studere igangværende hverdagspraksisser som kollektivt funderet bliver ifølge Ehn og Löfgren i det domestiske rum, i hjemmet som materiel og social orden (Ehn og Löfgren 2010:83-84, Löfgren 2014). Ehn og Löfgren argumenterer for, at det særligt i hjemmet bliver tydeligt, hvordan divergerende normer, rutiner, men også kroppe og 'ting' støder sammen og forandrer hinanden. Klasseforskelle spiller en rolle i disse sammenstød, og fastholdelse og forandring af rutiner hænger ligeledes sammen med, hvordan materielle objekter i hjemmet konstant gøres, håndteres og ordnes og også ordner tilværelsen i kraft af hverdagens aktiviteter (Ehn og Löfgren 2010:87-89). Hjem bliver i dette perspektiv såvel et sted som kontinuerlig hjemliggørelse. Den danske antropolog Inger Sjørnslev har ligeledes beskæftiget sig med

hjemliggørelse som en omformning af materiens betydning, der potentielt kan være medkonstituerende for identitet, krop og tilværelse (Sjørsløv 2007:108). Materialiteten spiller således en rolle i hjemliggørelse, men pointen om hjemliggørelse handler samtidig om mere end blot en inddragelse af materialitet.

Flere studier af ældre, hjem og rutiner trækker på fænomenologisk forskning og viser ligesom Sjørsløv, hvordan forandringer af hjem også kan indebære en forandring af, hvordan individet oplever sig selv og sin omverden. I en dansk kontekst har Clotworthy vist, hvordan hverdagsrehabilitering skaber og justerer ældre borgeres hjem til at være en træningsplads og de ældres vante rutiner til træningspas, der skal gennemføres på måder, der lever op til skiftende idealer i forebyggelsen og til sundhedsprofessionelles forventninger (Clotworthy 2017a & Clotworthy 2017b). Det er Clotworthys overordnede argument, at hjemmet som følge heraf kan blive et svært genkendeligt og endog utrygt sted. Et lignende argument fremfører antropolog Jens Kofod, der i et studie af ældre, som skal flytte fra eget hjem til en plejebolig, viser, hvordan hans ældre informanter i afviklingen af deres hjem også i bogstavelig forstand afvikler sig selv. Kofod peger på, hvordan hans ældre informanter har inderliggjort hjemmets materielle opbygning og genstande, de er næsten smeltet sammen med hjemmet som sted, hvorfor afviklingen af hjem også betyder en afvikling af dem selv som personer. Fælles for Clotworthy og Kofods studier af ældre, rutiner og hjem er, at de understreger, hvordan hjemmet må forstås som et væsentligt og afgørende *sted* for aldringsprocesser. Jeg er på linje med Clotworthy og Kofod interesseret i, hvordan de ældre forsøgspersoners hjem og hjemmenes materielle genstande involveres med kliniske praksisser, genstande og teknologier, og jeg vil undersøge, hvordan materialiteten og håndtering og udskiftning af hjemmets materielle genstande spiller en rolle for hjemliggørelse af nye rutiner. Imidlertid vil jeg også undersøge, hvordan ældres hjem i det hele taget udpeges og praktiseres som det rette sted at ældes og som centralt for den gode aldringsproces, og ikke mindst hvordan dette får betydning for forsøgspersonernes hjemliggørelse af rutiner og dermed for realiseringer af den kliniske forsøgsprotokol. CALM-projektets bærende præmis om at udvide laboratoriet til forsøgsdeltageres hjem har været med til at vække min interesse for, hvordan implementeringer og realiseringer af forsøgsprotokollen og dermed mulige nye rutiner hænger sammen med 'hjem' i *forskellige* aldringsforsøg. Modsat Kofod og Clotworthy som er overvejende fænomenologisk inspirerede, går jeg derfor ikke ud fra, at hjemliggørelse altid må forstås som knyttet til hjemmet som det eneste centrale sted for hverdagslivet, endsige til hjemmet som afgrænset sted eller domus. Jeg trækker i mine undersøgelser af hjemliggørelse af rutiner i højere grad på en forståelse af domesticering som kollektive, distribuerede og relationelle tilegnelses- og tæmningspraksisser.

Dette er i tråd med Ehn og Löfgrens perspektiver og går godt i spænd med de måder, hvorpå Löfgren sammen med Magnus Wikdahl (1999) bruger domesticeringsbegrebet til at forstå involveringer med og integrationer af nye teknologier i hverdagen. De peger på, at tilegnelsen af nye teknologier ikke finder sted i en

stabil relation mellem et subjekt og et objekt, men at de nye teknologier i igangværende hverdagsliv kan blive noget andet end det, de var tænkt som, ligesom de kan blive en del af og omforme allerede eksisterende rutiner og hverdagsliv (se Löfgren og Wikdahl 1999:44). På linje med dette har Aceros, Pols og Domènech (2014) i et konkret studie af brugen af geronteknologier peget på, hvordan inkorporering af nye telecare-løsninger i ældres hjemmemiljøer medfører en risiko for, at der ikke alene sker, hvad de kalder en 'figurativ domesticering' af de nye teknologier, men også en 'reel domesticering' af telecare-brugerne i den forstand, at sidstnævntes hverdagsliv former sig i en bestemt retning ved blandt andet at udpege 'længst muligt i eget hjem' som en god løsning for alle ældre eller inddragelse af pårørende som en måde at sikre værdig ældrepleje på (Aceros, Pols og Domènech 2014:109-110). Domesticering bliver i dermed transformationer, der går flere veje, og som involverer ideologiske eller diskursive aspekter. I kraft af dette overskrider særligt nye perspektiver på domesticering også, hvad der har med 'hjem' at gøre. I afhandlingen bliver det som nævnt et centralt spørgsmål, hvordan ikke blot specifikke kliniske praksisser, men også befolkningspolitiske initiativer som 'længst muligt i eget hjem' involveres med andre igangværende aldringsforsøg i og uden for hjemmet.

Dette er baggrunden for, at jeg anvender domesticeringsbegrebet mere gennemgående i afhandlingens undersøgelser, mens hjemliggørelse forbliver ét blandt flere perspektiver, som jeg fortrinsvis mobiliserer i forhold til enkelte analyser blandt andet for at forstå forsøgspersonernes træningsrutiner i afhandlingens afsluttende analytiske kapitel (se kapitel 8). I det følgende diskuterer jeg, hvordan og på hvilken baggrund jeg inddrager domesticeringsbegrebet og nyere diskussioner heraf som en gennemgående analytisk ressource i afhandlingen, der også hænger sammen med afhandlingens interesse for flertydige aldringsforsøg. Efter diskussionerne omkring domesticering følger en uddybet formulering af afhandlingens forskningsinteresser og forskningsspørgsmål.

Domus og domesticering som bidrag til etnologiske aldringsforsøg

Domesticeringsbegrebet hidrører oprindeligt fra tilpasningen af dyr eller planter til menneskets nærvær (Scott 2011). I en kulturvidenskabelig antologi *Domestication Gone Wild: Politics and Practices of Multispecies Relations* (2018) griber forfatterne imidlertid ind i de måder, hvorpå domesticeringsbegrebet hidtil er blevet brugt til at beskrive og beramme udviklingsprocesser som stadier af menneskelig civilisation, der udelukkende genereres af målrettet menneskelig aktivitet. I en oprindelig forståelse er domesticering koblet sammen med en fortælling om, hvordan mennesket har kultiveret sig selv ved at domesticere andet levende, og dermed naturen som stående uden for dem selv, i en envejspraksis: Domesticering ansues som en intentionel menneskelig tæmning, kategorisering og civilisering af de andre eller det andet (Lien,

Swanson og Ween, 2018:4). Forfatterne til antologien søger at gøre op med dette entydige domesticeringsnarrativ ved at vise, hvordan domesticering involverer både menneskelige og ikke-menneskelige aktører og relationer, og de argumenterer for, at domesticering må anskues som kollektive og multiple processer (ibid.:29-30). Dette ræsonnerer med biologen og videnshistorikeren Donna Haraways ideer. I *The Companion Species Manifesto* (2003) og *When Species Meet* (2007) beskriver Haraway, hvordan alle levende væsener altid allerede er filtret sammen og ind i hinanden og i de kroppe og de historier, vi deler: "To be one is always to become with many" (Haraway 2007:4), som hun formulerer det. Domesticering bliver i den forstand ikke udelukkende om envejstæmning eller en entydig disciplinering, men kan gå i mange retninger.

Ifølge antropolog Anna Tsing, som også bidrager til førømtalte antologi, er det dog ikke nødvendigvis meningsfuldt at forsøge at komme bagom eller revidere en oprindelig forståelse af domesticering, idet " (...) *the narratives we know today are figured into landscapes, bodies and social institutions*" (Tsing, 2018:232). Tsing argumenterer for, at man analytisk koncentrerer sig om, hvordan domesticering bliver en *world-making process* (ibid.) og dermed fungerer som virkelighedsskabende praksisser og narrativer. Inspireret af dette er førømtalte antologi ikke kun et opgør med domesticering, men undersøger også, hvordan et herskende domesticeringsnarrativ ordner og naturaliserer verden som en definerende og magtfuld epistemologi, der har afgørende implikationer for vores mellemmenneskelige relationer, relationer arterne imellem og også for menneskelige kroppe (Lien, Swanson, Ween, 2018:4). Når jeg interesserer mig for, hvordan domesticeringsbegrebet kan bidrage til afhandlingens undersøgelser, er det således også for at udforske, hvordan et herskende domesticeringsnarrativ afspejles og praktiseres i CALM-forskernes og forsøgspersoners forståelser af forsøgsdeltagelse som en form for forandrings- og forbedringsmekanisme, der i en entydig bevægelse kan bevare eller skabe nye kroppe såvel for de involverede forsøgspersoner som for fremtidens ældre. Det gør jeg ikke for at dømme, hvorvidt disse forståelser eller praktiseringer af forbedring er forkerte, men for at undersøge, hvordan forbedring får betydning for og i specifikke aldringsforsøg.

Ved at trække på nyere og mindre entydige udgaver af domesticeringsbegrebet kan jeg samtidig sætte spørgsmålstejn ved forsøgsdeltagelsen som en relation mellem to stabile enheder: 'kliniker og forsøgspersonen' eller 'den kliniske intervention og hverdagslivet'. For interventionsforskerne i CALM er det væsentligt at sikre *compliance* med interventionsprotokollen og desuden, om end i mindre omfang, at befordre omdannelse eller etablering af protokollen til blivende rutiner. Begrebet *compliance* henviser til, om en patient eller en forsøgsperson efterlever sundhedsprofessionelles ordinationer og instruktioner (Otto 1998:25; Lindberg 2006). I Danmark er compliancebegrebet det mest udbredte udgangspunkt for at forstå relationer mellem læge og patient (Buus 2011:6) – også i forbindelse med kliniske forsøg (jf. Jonvallen 2005). Såvel eksemplet med Peter i indledningen som min ovenstående diskussion af etnologiske hverdagsinterventioner med sundhed og aldring peger på, at compliance med en bestemt interventionsprotokol

kræver en omfattende indsats for både sundhedsprofessionelle og forsøgspersoner eller patienter. Siden 90'erne har der været en konceptuel kritik af compliancebegrebet inden for sundhedsforskning, og de senere år har man diskuteret, om adherence-begrebet særligt i livsstilsinterventioner er mere passende og mindre paternalistisk at benytte, idet det dækker over, hvordan patienter eller forsøgspersoner i en kontinuerlig proces forsøger at leve op til f.eks. interventionsprotokollen, uden dog nødvendigvis at følge denne fuldstændig (Buus 2011).

I afhandlingen vil jeg diskutere, hvordan domesticeringsbegrebet og ikke mindst nyere brug og redefineringer af domesticeringsbegrebet kan bidrage til undersøgelser af forskellige interventionspraksisser og realiseringer af interventionsprotokollen. Jeg forholder mig i den forstand til domesticeringsbegrebet, fordi det er et begreb i opbrud, et begreb som ikke entydigt fordrer, at jeg analytisk privilegerer eksempelvis kliniske interventionspraksisser eller CALM-projektet som en form for intervenerende enhed. I den forstand er jeg også interesseret i en decentrering af domesticering, som indebærer en vægtning af domesticeringsprocessers utilsigtede og uforudsigelige konsekvenser (jf. Lien, Swanson & Ween 2018:16). Dette går godt i spænd med min tilgang til de RCT-baserede kliniske praksisser som situerede, kontinuerlige arrangementer (Will og Moreira 2010; Nelson et al. 2014) og står i kontrast til den konventionelle metodologiske forståelse af kliniske interventioner som et fast sæt af procedurer, der har som mål at teste effektiviteten af en bestemt behandlingsmetode eller et bestemt medikament.

Centralt i afhandlingens sammenhæng bliver det derfor, at domesticering må undersøges som processer, der ikke har et på forhånd givet udkomme. I forhold til den kliniske intervention tager jeg således udgangspunkt i en forståelse af domesticering som en *mulig* gensidig åbning mod noget andet, der eksempelvis involverer fordøjelsen, muskelømhed og de hushold, forsøgspersonerne er en del af, men også af de måder, hvorpå protokoller, proteintilskuddet, trænere og forskere *domesticerer* aldrende kroppe og igangværende ældre. Domesticering bliver ikke nødvendigvis kun en transformation eller en entydig tilegnelsesproces, ligesom domesticering heller ikke til hver en tid er det samme som disciplinering. Der kan være elementer af en tæmning eller disciplinering, men domesticeringen kan gå i mange retninger og bliver mangetydig og potentielt produktiv. Det vil sige, at jeg med domesticeringsbegrebet kan tage højde for, hvordan kliniske interventionspraksisser kan være medskabende for eksempelvis (nye) aldrende kroppe eller for biomedicinske og politiske standarder på ældreområdet, men også at jeg kan tage højde for, hvordan aldrende kroppe og rutiner domesticerer kliniske praksisser.

Aldringsforsøg som mangetydige og kollektive processer

En sådan tilgang til undersøgelse af aldringsforsøg hænger godt sammen med, at jeg som nævnt flere gange vil forsøge ikke at privilegere nogle praksisser eller positioner analytisk. Som Hastrup skriver: "Analysis is about showing surplus of knowledge and perspectives, rather than deficit" (Hastrup, 2011:433). At undersøge, hvordan rutiner gøres og muliggøres, hvordan de formes og bliver objekter for forandring i *forskellige* praksisser, kan også blive en måde, hvorpå jeg kan undersøge, hvordan vidensskabelse ikke kun beror på klinisk eller etnologisk vidensskabelse, men bliver konfigurationer af et flertydigt interventionsobjekt, der også involverer forsøgspersonernes viden om og forsøg med aldring. Jeg undersøger, hvordan den kliniske intervention *kan* handle om at forme en individuelt, biologisk aldrende krop, mens jeg samtidig udforsker, hvordan de involverede ældre og kroppe samtidig involveres med og praktiserer aldring på forskellige og tilsvarende måder. I afhandlingen forsøger jeg således en analytisk sammen- og ligestilling af flertydige aldringsforsøg, hvilket også afspejles i valget af afhandlingens titel: *Aldringsforsøg*, der skal understrege, at kliniske, etnologiske og ældre forsøgspersoners praksisser indgår på lige fod.

I afhandlingen fastholder jeg betegnelserne "ældre" og "ældre forsøgspersoner". Det gør jeg, til dels fordi det er sådan, forsøgspersonerne bliver omtalt i den kliniske intervention i alle henvendelser til potentielle og inkluderede forsøgspersoner, og til dels fordi jeg forstår disse betegnelser som en del af igangværende aldringsforsøg, som også bliver sprogligt funderede (jf. Møller 2018:5). Som Mol har peget på, deltager ord og begreber i praksisser, hvor de indimellem kan afspejle og referere til bestemte aktører og aktiviteter, men andre gange flyder rundt og bliver en del af konkrete begivenheder og får materielle og sågar kropslige effekter (Mol 2014:95-96). Det var som nævnt grundlæggende for den kliniske intervention i CALM, at forskerne ville skabe viden om 'aldrende' kroppe, det vil sige kroppe, der grundet deres kronologiske alder allerede inden de møder op til informationssamtalen med interventionens medarbejdere betragtes som anderledes end andre forsøgskroppe. Som sådan kan kropsartikuleringer også anskues som sproglige, og betegnelser som 'aldring', 'ældre' og 'aldrende' kan blive medkonstituerende for bestemte aldringsforsøg.

Genformulering af afhandlingens problemstillinger

Afhandlingens overordnede problemstilling er som nævnt opsamlet i følgende forskningsspørgsmål: Hvordan konfigureres aldring som flertydigt videns- og interventionsobjekt i forskellige, igangværende, sammenfildrede aldringsforsøg? Jeg vil undersøge, hvordan biopolitiske diskurser om 'aktiv og sund aldring' og 'længst muligt i eget hjem' impliceres, praktiseres og involveres i forsøgspersonens deltagelse i CALM, hvordan de udfolder sig og situeres i sociale og materielle interventionspraksisser, og hvordan de bliver

medkonstituerende for flertydige aldringskonfigurationer. Særligt vil jeg undersøge, hvordan ældres 'hjem' involveres i aldringsforsøg, og hvordan forskellige former for domesticeringsprocesser involveres i og får betydning for artikuleringer og praktiseringer af aldrende kroppe, meningsfulde rutiner og 'selvintervention' og for forhandlinger i de hushold og parforhold, der bebor og gør disse hjem. Jeg vil undersøge, hvordan selvforhold og relationer mellem kroppe og selver domesticeres i forsøgsdeltagelse, og hvordan interventionsprotokollen og herunder træning og diætombægninger domesticeres i forskellige, allerede igangværende ældreliv og herunder i igangværende måltidsrutiner. Endelig vil jeg undersøge, hvordan CALM-projektet domesticerer 'hjemmet' som det rette sted for aldringsprocesser, og omvendt hvordan hjem og hjemliggørelse af rutiner får betydning for domesticeringer af interventionsprotokollen. Ofte tages der ikke højde for denne mangfoldighed i de kliniske data, der rejser fra lignende sundhedsinterventioner til eksempelvis ældrepolitikker eller forebyggende arbejde i ældreplejen, og afhandlingen bliver i den forstand også en afsøgning af, hvad etnologiske forsøg med aldring kan bidrage med i relation til kliniske, evidensproducerende praksisser.

Det overordnede forskningsspørgsmål belyses således gennem fem analytiske kapitler, der er bygget op omkring temaerne: forsøgspopulation, aldrende kroppe, aldrende selver, måltidsrutiner og hjemliggørelse. Efter de metodologiske overvejelser i kapitel 2, som involverer yderligere refleksioner omkring afhandlingens analytiske fokuspunkter som genereret af mine skiftende engagementer med den kliniske intervention i CALM som etnografisk felt, følger således afhandlingens anden del.

Del 2 indeholder i alt tre analytiske kapitler, som fokuserer på, hvordan der i praksis produceres 'interverbare' aldringsprocesser i relationer mellem interventionsprotokoller, inklusionskriterier, laboratorieprocedurer og -tests og de ældre forsøgspersoner selv. I det første af disse kapitler med titlen '*Aldring som livslange selvinterventioner*' undersøger jeg, hvordan forsøgspopulationen i den kliniske intervention konstitueres i relation til CALM-projektets interesser. I kapitlet "*Aldrende kroppe i laboratoriet*" undersøger jeg som overskriften antyder, hvordan aldrende kroppe artikuleres i en aktiv-skrøbelig-dynamik. I kapitlet bevæger jeg mig ind i laboratoriet og undersøger forskernes og forsøgspersonernes daglige arbejde med aldrende kroppe og de udfordringer, der opstår i interventionen med at tilrettelægge laboratoriepraksisser, så de på én gang kan stabilisere en bestemt aldringsproces og derved et bestemt interventionsobjekt og samtidig løbende tage hensyn til aldrende kroppes specificiteter og behov. Det sidste kapitel i afhandlingens del 2 med titlen "*Aldrende selv*" handler om de måder, hvorpå de ældre forsøgspersoners vedvarende forsøger at blive og forblive et bestemt aldrende selv; kapitlet undersøger, hvordan variationer af aldrende selver og forsøgsdeltagernes forhold til deres kroppe i aldringsprocessen tager form i komplekse relationer til medicinske indgreb og objektiveringer i den kliniske intervention i CALM.

Del 3 består af to analytiske kapitler, der begge undersøger forsøgsdeltagernes møjsommeligheder med at omsætte og forme interventionsprotokollens diætombægninger og træningsrutiner i allerede igangværende hverdagsliv. I kapitel 6, som også er det første kapitel i denne del af afhandlingen, udvikler jeg det analytiske greb "implicerede måltidspartnere" gennem analyser af tre forsøgsdeltageres måltidsrutiner. Jeg undersøger, hvordan interventionens diætombægninger og helt konkret proteindrikken giver anledning til interventionsspecifikke måltider, som både forandrer og udfordrer bestående rutiner og relationer. I afhandlingens afsluttende analytiske kapitel med titlen "Hjemliggørelse af aktiv aldring" undersøger jeg forbindelser mellem hjem og rutiner i forsøgsdeltagelsen og særligt i forhold til de ældre forsøgspersoners træning. Jeg undersøger herunder, hvordan hjem (domus) i de kliniske praksisser bliver et mål for de livstilsændringer, som CALM-projektet sætter i værk. Derpå følger afhandlingens konklusion, hvor jeg identificerer nøgletemaer, der går på tværs af de analytiske kapitler og diskuterer implikationerne af min undersøgelse i forhold til de aldringsforsøg, som jeg med afhandlingen genererer, bidrager til og blander mig i.

Kapitel 2: Metodologiske overvejelser

"Dette projekt adresserer særligt mulighederne for varige livstilsændringer blandt den ældre del af befolkningen (ældre end 65 år). Nye studier peger på, at barriererne for livstilsændringer især findes i dagligdagens praksis og rutiner. Samtidig er det netop her ny praksis skal inkorporeres og virke. Udgangspunktet for dette projekt er, at man ved at undersøge hverdagspraksis blandt ældre ved brug af livsstilshistoriske interviews bliver i stand til at udpege de centrale barrierer og muligheder, og på den baggrund udvikle sundhedsfremmende aktiviteter og rutiner, der kan indpasses og stabiliseres i ældres hverdagsliv."

- Deltagerinformation 2013 (uddelt til alle forsøgspersoner i CALM)

Indledning

Som affilieret med CALM fik jeg et projekt i opdrag, hvilket har haft afgørende betydning for de forskningsprocesser, som nærværende afhandling blev en del af. Der var i det tværfaglige projekt CALM bestemte forventninger til, hvad det var, jeg kunne og skulle undersøge, hvilket prægede både møder med forskere og forsøgspersoner og mine praktiske muligheder for at blive en del af den daglige realisering og tilpasning af

interventionsdesign og -protokol på Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg hospital, hvor en del af mit feltarbejde fandt sted. Det blev taget for givet, at den etnologiske viden måtte bidrage til en forståelse af, hvordan ældres hverdagsliv kan forandres og livsstilsændringer fastholdes jævnfør citatet ovenfor. I nærværende kapitel reflekterer jeg således over, hvordan mine egne, forskerkollegaers og forsøgspartners specifikke ideer om, hvad etnologisk viden kan være, var med til at forme mine skiftende positioneringer og engagementer med den kliniske intervention. Frem for at undersøge hverdagslivet som en stabil størrelse, som noget udefrakommende (muligvis) kan ændre på, kom jeg på linje med flere af de nævnte etnologiske studier til at interessere mig for interventionsspecifikke hverdagsliv og dermed for, hvordan det man kunne kalde samtidens RCT-baserede folkesundhedsmaskinerier virker i praksis og får konkrete, materielle effekter (eg. Law 2002; Achrich & Berg 2004; Will & Moreira 2010; Montgomery & Pool 2016). Som sådan bliver forskerens positionering(er) og analytiske interesser sammenhængende.

Min fortløbende inddragelse af refleksionspartnere fra det kulturanalytiske fagfelt i nærværende kapitel understreger desuden, hvordan jeg anser mit feltarbejde og mit etnologiske materiale som noget, der kontinuerligt praktiseres og væves sammen, også når jeg som etnolog ikke er "i" felten forstået som bestemte steder. Dette metodologiske udgangspunkt ræsonnerer med antropologerne Simon Coleman og Peter Collins argument om, at det etnografiske felt kan anskues som 'performance' (2006). Coleman og Collins bruger netop termen 'performance' til at fremhæve, hvordan feltet, fremfor at være en præeksisterende lokation eller en fritsvævende beholder for kulturelle praksisser, som blot venter på at blive beskrevet, snarere konstrueres af etnografen i og med forskningsprocesserne. Coleman og Collins gør dermed op med en tendens, de ser i antropologien, til at beskrive det etnografisk felt som steder eller med stedmetaforer. De udvikler performancemetaforen til at fremhæve, hvordan feltet fremkommer gennem, hvad de beskriver som "(...) a play of social relationships established between ethnographers and informants that may extend across physical sites, comprehending embodied as well as visual and verbal interactions" (Coleman & Collins, 2006:12). Med performancemetaforen kan jeg derfor diskutere, hvordan jeg (i et samspil med flere aktører) kontinuerligt er med til at 'performe' et felt i flertydige processer, der både angår interviews og samtaler med informanter, behandlingen af dette materiale, observationer og feltnoter, fotografering, mødedeltagelse og skrivning for blot at nævne nogle få. Det betyder dog ikke, at jeg forstår felten, forsøgspersonerne, forskerne eller den kliniske intervention som formet af min egen frie vilje, men at feltet 'gøres' gennem en variation af praksisser og relationer, i hvilke jeg også positioneres på skiftende måder (jf. Winther, 2017:70). Min metodologiske tilgang implicerer i den forstand, at jeg anskuer mine kulturanalytiske refleksionspartnere og fokuspunkter og mine skiftende, men også ofte tilfældige engagementer med interventionspecifikke praksisser og aktører som medskabende for (nye) aldringsforsøg.

I første halvdel af kapitlet uddyber jeg således, hvordan bestemte forventninger til det etnologiske projekt som en del af CALM har været med til at forme den kliniske intervention som felt og dermed muliggøre bestemte typer af etnografisk materiale. Mit performative udgangspunkt, og dermed mit blik på vidensproduktion som situeret i konkrete praksisser, fordrer samtidig, at jeg tager på mig, hvordan jeg som kulturanalytiker *også* producerer effekter. Disse effekter bliver blandt andet de subjektpositioner, som formes i og med min udvælgelse af informanter og den kontinuerlige støbning af et undersøgelsesobjekt. Efter således at have diskuteret mine og det etnologiske projekts positioneringer i forhold til CALM og det tværvideenskabelige samarbejde reflekterer jeg over, hvordan jeg i feltarbejdet udviklede et samspil med forsøgspersonerne og et fokus på deres engagementer med den kliniske intervention, hvilket fik indflydelse på mine observationer på klinikken, i laboratorierne og praktiseringer af hjem i feltarbejdet. Slutteligt beskriver jeg, hvordan interviews med forsøgspersonerne tog form, og jeg argumenterer for, at den gruppe af forsøgspersoner og de aldringsforsøg, som artikuleres og domesticeres i interventionen, ligeledes performs af livshistoriske elementer, af rutiner og vaner, der blandt andet genereredes i interviews og samtaler mellem forsøgspersonerne og mig.

Etnolog i CALM: om opdrag, positioneringer og typer af materiale

Mit feltarbejde fandt sted fra februar 2014 til juli 2016. Dog betragter jeg ikke feltarbejdet som et afsluttet forløb; jeg er endnu i kontakt med flere forsøgspersoner, og jeg har senest modtaget digte om det at blive ældre i København. Jeg berører mine (skiftende) relationer til forsøgspersonerne senere i kapitlet.

I nærværende afsnit reflekterer jeg over, hvordan etnologien og herunder mit feltarbejde var tiltænkt en særlig rolle i CALM, som det, der skulle varetage eller udbrede den kliniske intervention i CALM til 'hverdagslivet'. Det er en central pointe for min undersøgelse, at de positioner (både kropslige, sociale og videnskabelige), jeg fik og indtog i forhold til interventionens aktører, har været med til at muliggøre en bestemt etnologisk undersøgelse. På baggrund af sit arbejde i et andet tværvideenskabeligt projekt, der angik HIV-forebyggelse, har antropolog Eva Vernooij udviklet begrebet 'multipositionality' (2017). Begrebet relaterer til en feministisk interesse for positionering, der handler om, hvordan forskerens subjektpositioner hænger sammen med de forskellige praksisser, alliancer og sociale konstellationer, som situerer den feltarbejdsbaserede vidensproduktion på bestemte måder. Begrebet går godt i spænd med, hvordan jeg bruger performancemetaforen til at forstå feltarbejdet som et produktivt arbejde, der også konstitueres i de relationer, som opstår mellem etnolog og informanter, og som kontinuerligt genererer objekter, subjektpositioner og praksisser. Når jeg refererer til begrebet 'multipositionality' i kapitlet, er det derfor for at fremhæve, hvordan mine skiftende positioneringer, gjorde det muligt for mig at performe interventionens kompleksitet

'indefra' (jf. Haraway 1988; Barad 2003), og ligeledes hvordan mine positioneringer hænger sammen med både interventionsforskernes og forsøgspersonernes multiple positioner og positioneringer (Marcus 1995; Vernooij 2017; Winther 2017).

Mit opdrag i CALM-projektet fik i den forstand betydning for mit feltarbejde, mine metodevalg og for min undersøgelses materiale. CALM var et mindre projekt i en politisk og privat (videns)økonomi, der i en år-række har interesseret sig for, hvordan man effektivt skaber og styrer en voksende ældrebefolknings sundheds- og velfærdsbehov, herunder helt konkret behov for at spise og være aktiv på bestemte måder. CALM skulle bidrage til et allerede etableret vidensfelt, der ved at undersøge, hvordan (fysisk) stærke og selvopretholdende ældre kroppe og ældreliv kan være med til at forhindre en velfærdskrise, hvor sundhedssystemets ressourcer overvejende skal bruges til at forhindre og behandle aldersrelaterede sygdomme. For en global aktør som ARLA var CALM en af mange muligheder for at prøve et overskudsprodukt, som allerede er på markedet i flere andre kontekster, og som også allerede bruges til at modvirke tab af muskelmasse: valleprotein. Lidt forenklet formede den randomiserede kliniske intervention i CALM således konfigurationer, hvor forskningsaktiviteter, interventionspraksisser, forretningsinnovation og konkrete livsstilsændringer løbende måtte tilpasses og justeres for at muliggøre produktion af evidensbaserede strategier for ældre individer og for offentlige og private aktører til at modvirke aldersrelateret tab af muskelmasse. Den kliniske forskning skulle evaluere, hvorvidt let træning med elastikker i hjemmet i kombination med proteinindtag kunne have samme sundhedsfordele som proteinindtag i kombination med tung træning med vægte og maskiner i et træningscenter. For helt konkret at forstå, hvilke typer af træning der havde de bedste effekter, var det derfor væsentlig for CALM at skabe viden om forsøgsdeltagernes rutiner – ville de have tendens til at falde fra i forhold til den tunge træning, som krævede, at de flyttede sig hjemmefra flere gange ugentligt? Og ville hjemmetræningen således være mere effektiv på længere sigt? Denne forskningsinteresse udvidede den kliniske forsknings fokus til "det levede liv" frem for kun laboratoriet og understregede, hvordan CALM havde til formål at producere både individ- og samfundsrelevant evidens til fordel for folkesundheden. Selvom de kliniske interventionspraksisser således repræsenterede en særlig dynamisk form for forskning, idet "the design, organisation, interpretation and evaluation of a clinical trial extend beyond the clinical research community to different collectives" (Moreira & Will 2010:9)²⁰, var den specifikke kliniske intervention i CALM baseret på et klassisk interventionsdesign med en protokol og fastsatte testningsprocedurer, der havde til formål at oversætte ældre kroppe og ældreliv til fysiologiske standarder.

Som sådan introducerede interventionsdesignet et paradoks: Det pegede på det væsentlige i en viden renset for sociale dynamikker, rutiner og hverdagspraksisser og fremhævede samtidig, hvordan viden, der

²⁰ Se også Brives 2013; Rabeharisoa et al. 2013 for en lignende pointe

relaterer sig hertil, bliver en del af CALM-projektets løsning og mål. Det etnologiske projekt skulle derfor undersøge og fastholde en vidensproduktion om de ældre forsøgspersoners hverdagsliv og livsforløb ved blandt andet at udvide forskningsrummet til også at inddrage forsøgspersonernes hjem. Selvom jeg i nærværende kapitel reflekterer kritisk over denne idé om hverdagsliv og desuden hjemmet som en entydig og fastlåst størrelse, der konfigureredes som værende uafhængig af CALM eller som værende et mål 'uden for' CALM-interventionen, så har jeg designet feltarbejdet sådan, at jeg blev en del af interventionsspecifikke praksisser både i hjemmet og på klinikken. Det har jeg gjort blandt andet for at kunne studere realiseringer af protokollen i relation til hjemmetræning og desuden forsøgspersonernes øgede indtag af protein i form af en proteindrik, der ofte fandt sted i forsøgspersonernes hjem.

En punktvis optegnelse over mit feltarbejde og materiale ser således ud som følger²¹:

- Planlægning, deltagelse og oplæg ved CALM-workshop
- Deltagelse i CALM Young-møder (møder i gruppen af post.docs og ph.d.-studerende i projektet)
- Observationer på Sportsmedicinsk klinik Bispebjerg i perioden februar 2014 til juli 2016 herunder:
 - Observationer ved inklusionssamtaler
 - Observationer af fysiologiske tests
 - Observationer i laboratoriet, ved scanninger og ved interne møder
 - Observationer af tung træning i træningsrummet
- Fotos som visuelle feltnoter
- Deltagelse i hjemmebesøg hos otte forsøgspersoner i den lette træningsgruppe med en medarbejder fra Sportsmedicinsk klinik
- Oplæg og observationer ved tre CALM Scientific Advisory Board møder i 2014, 2015 og 2016
- Livshistoriske interviews med 30 forsøgspersoner i deres eget hjem
- Opfølgende interviews med 18 forsøgspersoner

Udover at jeg fik et projekt i opdrag, så bar mit feltarbejde præg af, at de andre forskere i CALM havde bestemte forventninger til mig som etnolog, hvilket gjorde, at jeg ofte deltog i de procedurer og praksisser,

²¹ Se desuden bilag 1 for oversigt over interviews og hjemmebesøg

som interventionsforskerne udpegede som væsentlige for det etnologiske projekt. Jeg lod i høj grad feltarbejdet drive af, hvad andre genkendte og udpegede som "mit" projekt. Ikke som en naiv overtagelse af CALM-projektets design, men som et praktisk, legalt og etisk hensyn til interventionens aktører og det daglige arbejde med at realisere interventionsprotokollen. Denne tilgang til felten og mit feltarbejde var samtidig et forsøg på at indgå i og beskrive konkrete, situerede relationer, møder og tilpasninger mellem protokoller, procedurer, instrumenter, forskere og forsøgspersoner som medkonstituerende for min analytiske interesse i, hvordan flertydige interventionsobjekter og -subjekter i kliniske forskningspraksisser og igangværende ældretilværelse kontinuerligt konfigureres.

Fragmenteret feltarbejde i tværvideenskabelig vidensproduktion

Det er i forbindelse med ovenstående min pointe, at feltet og undersøgelsens materialetyper ikke udelukkende er blevet til på baggrund af på forhånd givne analytiske valg. Feltarbejdet på klinikken fik særligt til at begynde med en fragmenteret og udisciplineret form. For mig handlede det ikke så meget om at have en overordnet plan eller om at "følge" nogen eller noget i interventionen, som det handlede om at være åben for feltarbejdet som kreative og "opfindende" kollektive processer (jf. Hastrup 2014; Brichet & Hastrup 2018), idet de blev medskabende for specifikke aldringsforsøg. Retrospektivt kan min metodologiske tilgang til feltarbejdet beskrives med Brichet og Hastrups begreb 'dustballing' (2018). Dustballing er en tilgang, der i deres optik tager hensyn til feltarbejdets uforudsigelige karakter og "openendedness" (Brichet & Hastrup 2018:10)²². En støvbold hvirvler netop tilfældigt rundt, den samler støv op ét sted eller efterlader noget et andet; modsat snebolden, der løbende bliver større og får én bestemt retning (ibid.). Dette går godt i spænd med afhandlingens analytiske interesse for og undersøgelser af domesticering, der i forhold til forsøgsdeltagelse som tidligere nævnt *kan* handle om magt, disciplinering og udvikling af på forhånd givne aldringsforsøg, men som feltarbejdet også gjorde det muligt at forstå og performe som produktive praksisser, der ikke altid kan styres, og som afføder nye relationer og praksisser (eksempelvis måder at blive ældre på). Jeg forsøgte i udgangspunktet at gå ind i og bevare en nærhed til de arbejdsgange, udfordringer og forandringer som optog forskere og forsøgspersonerne og lade disse guide min opmærksomhed.

²² Brichet og Hastrup trækker på empirisk filosof Helen Verrans forslag om at skifte analytisk modus fra "meta" til "infra". Det betyder, at det etnografiske feltarbejde handler om at studere kollektive "fremkomster" (emergence) frem for lede efter universelt forekommende entiteter med et bestemt analytisk perspektiv (Brichet & Hastrup 2018:9). Dette ræsonnerer med min undersøgelsesfokus på, hvordan kroppe (og andre ting) *opstår* i konfrontationer med de netværk, de bliver en del af – det kan være kliniske procedurer og teknologier men også etnografiske interviews og observationer. På den måde bliver det etnologiske projekt også en intervention, medskabende for konkrete aldringsforsøg. Det er den bærende pointe i kapitlet.

I de første fem måneder af feltarbejdet fra februar 2014 var jeg således mindst tre dage om ugen på Sportsmedicinsk klinik på Bispebjerg Hospital. Jeg tog til at begynde med kontakt til en enkelt forsker²³. Forskerens daglige arbejde var min indgang til at forstå, hvordan kliniske procedurer blev iværksat og tilpasset specifikke omstændigheder; arbejdet med at inkludere og forme den gruppe af forsøgspersoner, som CALM havde brug for. Desuden var denne forsker den daglige tovholder på interventionen og skemalægger for de enkelte forsøgspersoners forsøgsdage, det vil sige de dage, hvor de forventedes at møde op på klinikken. Forskeren var også den primære kontakt til potentielle og inkluderede forsøgspersoner det første halve år, interventionen var i gang, før der blev brug for at fordele arbejdet med forsøgspersoner på flere medarbejdere, efterhånden som flere blev inkluderet, og den pågældende i højere grad skulle påbegynde dataanalyse og artikelskrivning. Jeg gjorde derfor brug af en form for '*shadowing*' (Czarniawska 2007), feltarbejde i bevægelse med den pågældende forsker, for at blive en del af det arbejde, der foregik på klinikken. Jeg gik sammen med forskeren til møder, observerede arbejdet på kontoret med registrering af forsøgspersoner og andre administrative opgaver, deltog i inklusionssamtaler med potentielle forsøgspersoner og var også til stede ved scanninger. Jeg var ligeledes med ved flere såkaldte '*forsøgsdag 0*', betegnelsen for den første interventionsdag for hver enkelt forsøgsdeltager, når der blev udført tests af forskellig art i laboratoriet.

At det indledende feltarbejde blev så personafhængigt, gjorde det også en smule skrøbeligt. Det skal forstås sådan, at jeg ofte følte, at jeg pressede unødigt på i forhold til at blive en del af, hvad der foregik på klinikken. Den pågældende forskerkollega var imødekommende i kraft af vores kollegiale relation, han svarede på mails fra mig, inviterede mig til at være i laboratoriet, forklarede og lod mig fotografere med tilladelse fra eventuelle forsøgspersoner. Han havde dog også travlt med at få løbet interventionen i gang, og var samtidig frustreret over alle de ting, der i hans og hans kollegaers optik gik planlægning og realisering af interventionsprotokollen imod²⁴. Derudover var der en ambivalens for os begge forbundet med, at den pågældende forsker og hans kollegaer var en del af min undersøgelse. Forskeren og jeg var begge i gang med et ph.d.-forløb, og på klinikken blev det tydeligt, hvordan hans og andres forskningsarbejde også var mit undersøgelsesobjekt. Det at jeg skulle håndtere en kollegial relation og samtidig studere kollegers arbejde, havde betydning for, hvordan min tilgang til interventionen, mine metoder og mit materiale formedes, hvilket jeg uddyber nedenfor.

²³ Se afsnittet om etik og håndtering af personlige oplysninger

²⁴ Det viste sig vanskeligt at købe adgang til de rigtige spørgeskemaer. Forskerne ventede i flere måneder på at få lov at booke en DXA-scanner til scanninger af forsøgspersonerne. Der opstod derfor flaskehalse af forsøgspersoner, som havde været igennem forundersøgelse, men som ikke kunne randomiseres og dermed være med til at realisere interventionsprotokollen i kraft af træning og/eller indtagelse af kosttilskud. Der var desuden en lastbil med vallepulver fra ARLA, som væltede på vej til Bispebjerg fra en anden del af landet. Helt banalt var det konkrete indsigter i de praktiske forhold og den flerhed af materielle aktører, hvis '*alignment*' det krævedes at få en det randomiserede kliniske studie sat i værk.

Antropolog Charlotte Aull Davies pointerer, at det etnografiske feltarbejde som oftest bliver afhængigt af og baseret på social interaktion, som i udgangspunktet er en relation mellem individer, ligeledes må forstås som findende sted på mere strukturelle eller kollektive vilkår (Davies 2008:93). Den sociale interaktion mellem etnografen og informanten og valget af informanter er således ikke kun en en-vejs-procedure, men processerne med at finde og arbejde sammen med informanter bliver også en form for fælles forsøg for både etnograf og informant på at forstå hinandens sociale verdener (ibid.). Selvom mit fokus i høj grad var på interventionens praktikaliteter og procedurer, var spørgsmål om at forstå hinandens sociale verdener alligevel præsenteret som et spørgsmål, der relaterede sig til ofte divergerende opfattelser af, hvad etnologisk kontra biomedicinsk vidensproduktion skulle eller kunne være i CALM. Det stod tidligt i mit feltarbejde klart for mig, at jeg i interventionsforskernes optik kun burde studere forsøgspersonerne. Det var forsøgspersonernes *adfærd* i, og måske særligt uden for laboratoriet, og deres potentielle livsstilsændringer, som ifølge mine forskerkolleger skulle være i centrum for mine undersøgelser. I sundhedsinterventioner bliver hverdagslivet ofte forstået som enten begrænsende eller muliggørende for individers valg om at følge bestemte råd om livsstilsændringer (Ioannou 2005; Cohn 2014; Winther 2017). Mit engagement med de kliniske procedurer blev blandt andet formet af denne forståelse, som også stammede fra designet af CALM-projektet jævnt med mine refleksioner ovenfor og i afhandlingens indledning. Er jeg i afhandlingen således kritisk over for denne idé om det etnologiske bidrag til CALM eller livsstilsinterventioner i det hele taget, handler kritikken ikke om den enkelte forskers varetagelse af det tværvideenskabelige samarbejde endsiges om den enkeltes forståelse af etnologi eller aldring, men snarere om nogle *vilkår* for vores (sammenfaldende) vidensproduktion.

Antropolog Mette Nordahl Svendsen har netop behandlet de brydninger, der kan opstå, når man indgår i professionelle relationer med sine informanter (Svendsen 2009; jf. Hulvej Rod 2010:34). Svendsen argumenterer i den forbindelse for en 'kritisk engageret videnskab', der hænger sammen med "*solidaritet med feltets eksistens (ikke at forveksle med en solidaritet med konkrete personer.)*" (Svendsen 2009:45). Svendsen er fortalende for, at man som kultur- eller samfundsforsker opgiver sin samfundsvidenskabelige jargon, og dertil en særlig måde at rammesætte feltet på, i anerkendelsen af værdien af de andre aktørers bidrag til viden. Dog indskrænker hun, at man ikke bør fralægge sig sin epistemologiske position, men i stedet kontinuerligt inddrage kritik og forholde sig til modstand i sin vidensproduktion. Jeg er meget enig i Svendsens pointer, og jeg forsøgte også løbende at lade mine forskerkolleger indgå i mit arbejde og yde mine observationer modstand. Samtidig oplevede jeg, hvordan mit feltarbejde frem for at befrugte de kliniske forskningspraksisser ind imellem snarere vanskeliggjorde dem.

Et eksempel på dette angår nogle spørgeskemaer fra vores CALM-kolleger på Science, Københavns Universitet. Disse skemaer spurgte til smagen af de kosttilskud, som ARLA stillede til rådighed, og som

forsøgspersonerne skulle indtage i hele interventionsperioden. På spørgeskemaer skulle forsøgspersonerne dagligt evaluere tilskuddene, og skemaerne ville indgå i undersøgelser af, hvorvidt smagspræferencer ændrer sig over tid. Formodningen var, at forsøgspersonerne, idet de vænnede sig til produktet, ville bedømme smag og konsistens mere positivt. Flere forsøgspersoner beklagede sig imidlertid over skemaerne, og en enkelt sendte endog et klagebrev til ARLA, der svarede høfligt, selvom de intet havde med skemaerne at gøre²⁵. For mig var mailen et udtryk for forsøgspersonernes forskellige typer af engagementer med den kliniske forskning og dermed en oplagt anledning til netop at diskutere adherence og compliance og tilpasninger af interventionsdesignet. For forskerne på Sportsmedicinsk klinik var mailen derimod en pinlig sag. Den pegede i deres optik på en manglende professionel evne til at håndtere forsøgspersonernes compliance, vanskeliggjorde potentielt relationer til leverandøren af valle-tilskuddet og relationerne til vores fælles kollegaer på et andet fakultet. At forsøgspersonerne generelt klagede over forskellige spørgeskematyper og havde problemer med kosttilskuddet fremstod for forskerne på Sportsmedicinsk klinik ikke som relevant viden i den kliniske intervention. Det var derfor i deres optik bedst, hvis mailen ikke blev lagt frem for andre i projektet.

Det var tydeligt for mig, at hvor vi godt på CALM-møder kunne diskutere de arbejdsgange i interventionens forløb, der drejede sig om at inkludere forsøgspersoner og måle på muskelstyrke, så var det at gå for tæt på en vurdering af mine kollegaers arbejde, hvis jeg direkte skulle interviewe dem omkring realiseringer af interventionsprotokollen. Jeg gennemførte derfor ikke egentlige interviews med interventionsforskerne, hvis man ved interviews forstår bandede forskningsinterviews med en klar begyndelse og slutning, der er strukturerede omkring en række temaer. Jeg spurgte ind til konkrete procedurer og spurgte også løbende ind til forskernes arbejde, men havde hele tiden en fornemmelse af, at jeg overskred en grænse, hvor jeg (og mine kollegaer i projektet) havde svært ved at adskille mine roller som henholdsvis CALM-kollega og etnologisk ph.d.-studerende med CALM-interventionen som forskningsobjekt - særligt eftersom planlægningen af interventionen i forvejen var udsat for en del videnskabelig funderet kritik fra Scientific Advisory Board, både hvad angik inklusion af forsøgspersoner og ændringer af forsøgsprotokollen. Samtidig kunne det virke som om, at jeg fratog forskerne deres umiddelbare autoritet i forhold til interventionen ved at sætte spørgsmålstejn ved, hvad der kunne betragtes som viden. Dette har haft indflydelse på mine skiftende

²⁵ Uddrag fra mail til ARLA fra forsøgsperson: Emnefelt: *"Til den øverste leder af ARLA's afdeling, der beskæftiger sig med projektet CALM på Bispebjerg Hospital."* Mail: *"Jeg skriver til jer, fordi jeg dagligt får et kosttilskud, der er produceret – og sponsoreret? – af jer. Kosttilskuddet er et protein-sukker produkt med henholdsvis frugt og kakao smag, og jeg får det, fordi jeg er deltager i et projekt, CALM, på Bispebjerg Hospital. En af mine opgaver er at udfylde et spørgeskema, formuleret af jer, har jeg forstået. Dette skema har efterladt mig i en vis undren og, indrømmer jeg, nogen irritation."*

engagementer med kliniske praksisser og procedurer for eksempel i laboratorierne, som jeg beskriver nedenfor. Afhandlingens materiale og analyser præsenterer således specifikke versioner af den kliniske intervention og også af mine engagementer i den og skal eller kan ikke forstås som en entydig gengivelse af interventionens forløb endside af min 'plads' eller forskning i CALM.

Navigeringer og tilpasninger til/i laboratoriearbejdet

I laboratorierne på klinikken fik jeg overvejende status af observatør. Jeg observerede de mange variationer af tests og procedurer, som forsøgspersoner ligesom forskere blev en del af i realiseringer af interventionsprotokollen. Disse inkluderede scanninger, blodprøver, muskelbiopsier og en glukosetest, der skulle vurdere hver enkelt forsøgspersons helbredsstatus. Samme prøver skulle senere i interventionsforløbet afdekke effekterne af træning og et eventuelt øget proteinindtag. Realisering af interventionsprotokollen omfattede desuden standardiserede fysiske tests i det fysiologiske testlaboratorium, hvor en fysioterapeut målte forsøgspersonernes muskelstyrke i benene og forsøgspersonernes generelle aldringstilstand. Med det langvarige feltarbejde i laboratorierne blev det tydeligt for mig, hvordan forskernes kontinuerligt måtte tage hensyn til og tilpasse protokollen til interventionsspecifikke aldrende kroppe og hverdagsliv. Disse tilpasninger blev ikke opfattede som en del af interventionen eller som intervention i sig selv og blev håndteret med en såkaldt "kitchen sink-approach" (Schaie & Willis 2001:102) – det vil sige en ad hoc tilgang til forsøgspersonernes compliance, der inkluderede flere forskellige adfærdsregulerende teknikker (jf. afhandlingens kapitel 4). Tilpasningerne var til stor frustration i forskernes daglige arbejde, også fordi de flere gange førte til protokolændringer, som i forskernes øjne kompromitterede projektets videnskabelige validitet²⁶.

Laboratoriearbejdet krævede ikke alene en bestemt uddannelsesmæssig baggrund, men også et særligt håndelag og en særlig måde at tale på til at indgå i relationer med forsøgspersonerne, som hverken kendte til laboratoriejargonen, de medicinske termer eller til instrumenter og procedurer. Nye medarbejdere blev trænet til at have med forsøgspersonerne at gøre²⁷. Jeg udførte derfor som udgangspunkt ikke laboratoriearbejde. Enkelte gange har jeg holdt en skalpel, flyttet en kegle som skulle bruges til en gangtest eller jeg har talt poser med kosttilskud op, men jeg bar hverken kittel eller handsker ved de såkaldte "våde" test, og

²⁶ Flere gange gav forskerne til mig udtryk for, at det ærgrede dem, at der blev lavet tillægsprotokoller. Blandt andet diskuterede man, hvorvidt man kunne halvere antallet af forsøgspersoner fra 245 til 122. Man endte med 200 forsøgspersoner. Som en forsker sagde: "der er blevet lavet så meget om i forsøget undervejs, ting vi burde have vidst, sådan er god forskning bare ikke" (samtale den 8. december 2015). På mange måder var CALM-interventionen således modsætningen til den 'gold standard' som RCT-baseret forskning ellers præsenteres som i forskningslitteraturen, hvor en af forudsætningerne for produktionen af evidensbaseret forskning om livsstilsændringer bliver en uforandret interventionsprotokol (jf. Timmermans & Berg 2003).

²⁷ En medicinstuderende bad eksempelvis i scanneren en forsøgsperson om at flytte sin femur. Da forsøgspersonen ikke forstod dette, blev den medicinstuderende af den uddannede læge bedt om at genformulere sit spørgsmål.

jeg holdt mig fra at videregive information om CALM for ikke at kompromittere interventionsforskernes udgave af projektet eller specifikke procedurer. Davies peger på, at både etnografer og læsere af etnografi har en tendens til at vurdere en kulturanalyses værdi og kvalitet ud fra graden af deltagelse i de praksisser og processer, etnografen studerer (Davies 2008:84). Imidlertid er fuld deltagelse ikke nødvendigvis garanti for brugbare etnografiske indsigter, men graden af deltagelse må i stedet vurderes i forhold til analytiske interesser, sociale relationer og i det hele taget feltarbejdet situerede muligheder (ibid.). Mit feltarbejde i laboratorierne fik således ikke karakter af deltagerobservation forstået som fuld deltagelse (Spradley 1980:58). Det skyldtes til dels et hensyn til samarbejdet med forskerne på klinikken, og til dels et hensyn til forsøgspersonerne, idet jeg på ingen måde følte mig i stand til at udføre laboratoriearbejde. Min observatørrolle passede mig desuden godt, idet jeg havde en ide om, at selvom mindre deltagelse i laboratoriearbejdet ikke ville give mig en kropsliggjort erfaring af procedurerne, så ville mindre deltagelse gøre det muligt for mig at sætte mig ind i den praktiske gennemførelse af de forskellige procedurer, protokoltilpasninger og -ændringer samt de sociale dynamikker i laboratoriet.

Som det fremgår af oversigten ovenfor, består mit materiale fra klinikken derfor primært af skrevne feltnoter samt af lyd og fotografier, som supplerer det skrevne. Fotografierne har for mig i høj grad fungeret som "visuelle feltnoter" (Larsen & Meged 2012:309) eller en form for narrativ collage, som gjorde, at jeg kunne huske tilbage på en særlig stemning efterfølgende. Det vil sige, at jeg til at begynde med tog billeder af rummene på klinikken, indretningen i laboratorierne, undersøgelsesinstrumenter som skalpellen og maskiner i det fysiologiske testlaboratorium for at registrere stedets og interventionens materialitet (jf. Pink 2007). Senere har jeg også taget billeder af kroppes interaktioner og samspil, af forsøgspersonerne, idet de undergik forskellige test, prøver og scanninger, eller når de ventede eller bevægede sig rundt på klinikken. Dog altid med tilladelse for forsøgspersonerne og kun med få undtagelser af forsøgspersoner, som jeg ikke havde haft lejlighed til at tale med inden. Jeg forsøgte også at undgå at intimidere dem med mit kamera i situationer, hvor de eksempelvis stod i undertøj eller var fysisk påvirkede af tests og prøver.

Mit feltarbejde i laboratorierne var således både afhængigt af, at jeg tilpassede mig den kollektive vidensproduktion, mit opdrag i CALM og situerede møder med forskere og forsøgspersoner. Der opstod derfor konsensus mellem forskerne og mig om, at jeg primært var på klinikken og i laboratorierne grundet forsøgspersonerne. CALM-forskere præsenterede mig i laboratoriet ofte med et *"det her er Marie, og hun er bare lige med i dag"*, som var en udgave af min tilstedeværelse, som gav mig anledning til selv at angive mit ærinde i laboratoriet. Hvis jeg fik muligheden, fortalte jeg, at jeg var etnolog og forsker, der var interesseret i forsøgspersonernes hverdag i interventionen. I forhold til forsøgspersonerne betød det, at jeg fik flere forskellige roller: Jeg blev omsorgsgiver, der holdt i hånden under muskelbiopsier, og jeg blev spurgt om

tæpper og hjælp til udfyldelse af spørgeskemaer. Pointen er, at jeg sjældent blev anskuet som forskerautoritet eller repræsentant for CALM-projekt på linje med mine kollegaer i CALM-interventionen.

Efter de første måneders feltarbejde fik jeg dog tildelt en skrivebordsplads på klinikken. Skrivebordspladsen, som jeg kunne dele med studerende, der ikke var tilstede fuldtid, var ikke som sådan en kontorplads, hvor jeg havde mulighed for at arbejde på lige fod med mine forskerkollegaer i CALM. Jeg havde ikke ro til at gennemgå noter eller billeder, og jeg havde ikke ro til at skrive, da min plads var i fællesrummet ved siden af frokoststuen. Bordpladsen sikrede mig dog en blivende relation til stedet, og jeg kunne frit bevæge mig på ”forskergangen”, hvortil klinikkens patienter eller forsøgsparticipanter ikke havde adgang²⁸. Samtidig fik jeg adgang til de mails, der blev sendt mellem forskere og potentielle og inkluderede forsøgsparticipanter. Jeg havde mailkontakt til én og senere flere forskere, og desuden fulgte jeg interventionens planlægning via mails og et skema over forsøgsgange, der blev udarbejdet og udbygget løbende. Hvor feltarbejdet på klinikken til at begynde med således fik en lidt udisciplineret og fragmenteret form, bar mine engagementer med forsøgsparticipanterne i højere grad præg af detaljeret planlægning. I hensynet til interventionen som kollektive vidensproducerende processer valgte jeg at være til stede, når ”der skete noget”, som en forsker formulerede det. Som feltarbejdet udviklede sig, var jeg ikke længere så afhængig af aftaler med enkelte forskere, selvom jeg tog hensyn til den enkelte forskers arbejde og altid spurgte, om de ønskede min tilstedeværelse. Jeg lavede i stedet aftaler direkte med forsøgsparticipanterne, og jeg kom på klinikken, når jeg vidste, at der foregik ting, der i direkte fysisk forstand involverede forsøgsparticipanterne i eksempelvis et af laboratorierne, i scanneren eller i træningen.

Observationer af træning: samspil med forsøgsparticipanterne og nye socialiteter

Som forsøgsparticipanterne løbende blev randomiseret til de fire hovedgrupper, hvoraf den ene skulle træne styrketræning på klinikken med supervision fra interventionens medarbejdere, kom jeg i træningscentret mindst én gang ugentligt. Modsat mine observationer i laboratorierne bar observationerne i træningscentret i høj grad præg af, at jeg ’hang ud’. Jeg skrev noter og fotograferede, men jeg deltog også i forsøgsparticipanternes samtaler omkring træningen og kroppens forandringer. Vi talte om smerte, forstoppelse og andre forhold, der opstod løbende og i relationer til andre aktører og materialiteter som eksempelvis

²⁸ Vernooij argumenterer for, at tværvideenskabelige og kollektive projekter ofte kræver, at antropologen bidrager med noget til et projekt, hvorfor det hun kalder ’deep hanging out’ i feltarbejdet ikke nødvendigvis møder de forventninger og forestillinger, andre aktører har om antropologens rolle (Vernooij 2017:45). Det var præcis, hvad jeg oplevede i mit feltarbejde i og omkring laboratorierne, hvor forskerne forventede, at jeg fokuserede på forsøgsparticipanterne og derfor ikke altid havde det godt med, at jeg gerne blot ville være tilstede på klinikken og være en del af det daglige arbejde.

proteindrikken. På klinikken blev jeg inviteret til at deltage i en særlig form for socialt arrangement, som jeg diskuterer i det sidste analytiske kapitel. Det var et socialt arrangement, som fik betydning for forsøgspersonernes relationer, for min analytiske praksis og for min forståelse af forsøgsdeltagelse. Som sådan kom jeg tæt på flere af forsøgsdeltagerne på måder, der gjorde mig til en form for allieret i de kliniske praksisser og i forsøgsdeltagelsen mere generelt. Jeg fik en rolle som den, forsøgspersonerne kunne betro sig til, uden at de skulle frygte, at jeg delagtiggjorde de andre forskere i, hvor meget eller hvor lidt de eksempelvis trænede. Samme rolle fik jeg dog ikke nødvendigvis i interviewsituationer, hvilket jeg berører senere i kapitlet. Jeg fik i den forstand et forholdsvist tæt forhold til flere af forsøgspersonerne, særligt dem, der trænede på klinikken, men også flere af dem, der trænede hjemme, idet jeg besøgte dem mange gange i deres eget hjem. Selvom jeg ikke nødvendigvis i første omgang blev betragtet som forsker, var jeg både i mine informanternes øjne og i min egen forståelse først og fremmest interesseret i forsøgspersonerne i relation til deres deltagelse i interventionsspecifikke processer. Samtidig var vores forhold dog karakteriseret ved, at vi delte historier om vores familier, om litteratur, fysisk aktivitet og andre anliggender, der ikke nødvendigvis havde med træningen at gøre. Mine relationer til flere af forsøgspersonerne kan beskrives med Rasmussens begreb 'etnografisk venskab' (Rasmussen 2018). Det vil sige, at jeg med flere informanter opbyggede en form for venskab, der bar præg af en anerkendt asymmetri, men som også rummede respekt og fortrolighed (ibid:305). På mange måder kunne jeg som træt småbarnsmor, der trænede uregelmæssigt, bedre relatere til forsøgspersonerne og deres udfordringer med det fysiske aktivitetsregime, end de veltrænede (i CALM ofte mandlige) forskere, som selv dyrkede den atletiske kraftpræstation, og for hvem træningen på klinikken og interventionens mange målinger og tests var en genkendelige kulturel referenceramme. Dette førte til nogle konkrete analytiske overvejelser omkring, hvordan en maskulin atlet-standard i høj grad blev grundlæggende for den kliniske intervention, hvilket jeg diskuterer på tværs af afhandlingens kapitler og særligt i kapitel 4 og 5, der blandt andet beskæftiger sig med, hvilke "kroppe" og relationer mellem krop og selv der er bygget ind i de kliniske procedurer og i vidt omfang kommer til at præge forskernes tilgange til forsøgsdeltagerne. Derudover blev mine interaktioner med forsøgspersonerne afgørende for mit analytiske fokus på *hjemliggørelse* af træning i afhandlingens afsluttende analytiske kapitel 7, hvor jeg som nævnt ovenfor, blandt andet beskæftiger mig med en konkret social begivenhed i træningscentret på klinikken. På trods af aldersforskel eller livssituation og andre forskelligheder i eksempelvis uddannelsesniveau var den form for socialitet, der opstod i træningscentret blandt andet omkring det at træne, overvejende uproblematisk for mig at indgå i.

I kraft af mine engagementer med forsøgspersonerne på klinikken fik jeg således et indblik i, hvordan komplekse mønstre af forskelligheder og fællestræk på en gang udfordrede og befrugtede både det etnologiske projekt, den kliniske forskning og relationer mellem forsøgspersonerne, men også blev afgørende for

produktionen af et flertydigt interventionsobjekt. Mit feltarbejde kom til at dreje sig om, hvordan aldringsprocesser løbende blev defineret i laboratorierne, i træningen og i forsøgspersonernes hjem, i de måder, hvorpå forskerne (herunder mig selv), forsøgspersoner, laboratoriemålere, protokoller og tests løbende forhandlede og forstørrede eksempelvis bestemte aldrende kroppe og kropslige karakteristika. Idet jeg undersøgte realiseringer af forsøgsprotokollen, koncentrerende jeg mig således i overvejende grad om 'forsøgsdeltagelse' som kollektive praksisser og processer.

Mit felt og feltarbejdets materiale formede sig således i en koreografi, der inkluderede besøg på klinikken, på forskergangen, i testlaboratorierne og i træningsrummet. Jeg begyndte desuden kun en måned efter den første forsøgspersons interventionsopstart at foretage længerevarende interviews med forsøgsdeltagere i deres egne hjem, som lå spredt over hele Sjælland, dog flest i hovedstadsområdet. Samtidig var jeg løbende på hjemmebesøg hos forsøgsdeltagere med interventionens medarbejdere, mens skrivning og analytisk arbejde primært foregik på Humanistisk Fakultet, Amager.

Feltarbejdet var således distribueret på flere 'sites', og jeg opfatter ikke nødvendigvis klinikken som centrum for mine undersøgelser, endside som centrum for 'den' kliniske intervention. Dette understøttes ydermere af, at både forskere og forsøgspersonerne fremhævede, hvordan CALM-projektet både fandt sted "på Bispebjerg" og "uden for Bispebjerg" eller "i laboratoriet" og "i forsøgspersonernes hverdag" eller "i forsøgspersonernes hjemmemiljø". Forskerne havde derudover daglig kontakt til flere af forsøgspersonerne via telefon og som nævnt via mail, som jeg også havde adgang til.

Struktureret feltarbejde i tværvidenskabelig vidensproduktion

Som sådan vil jeg i dette afsnit gennemgå mere praktiske dimensioner og planlægning af feltarbejdet i relation til forsøgspersonerne. Jeg har foretaget etnografiske interviews af to til fire timers varighed med i alt 30 forskellige forsøgspersoner. Alle interviews er optaget med enten smartpen eller diktafon og er fuldt eller delvist transskriberet²⁹. Jeg tilstræbte en ligelig kønsfordeling og en tilsvarende ligelig fordeling af forsøgspersoner fra interventionens fire hovedgrupper. Det gjorde jeg ud fra en idé om, at forsøgspersonernes køn måske kunne praktiseres og opfattes som betydningsfuld for, hvordan eksempelvis træningen gav mening og kunne gennemføres. Både fordi aldersrelateret tab af muskelmasse i nyere studier fremstilles som kønsspecifik³⁰, men også fordi enkelte kulturgerontologiske studier har peget på kønnede strukturer og

²⁹ Jeg har gennemlyttet alle interviews selv og har transskriberet alle de 34 længerevarende interviews selv. Kortere interviews er delvist transskriberet. Tre interviews er transskriberet af en studentermedhjælper i forbindelse med en workshop om protein i CALM-regi.

³⁰ Mænd har generelt en større muskelmasse end kvinder. Mænd mister derfor mere muskelmasse hurtigere, hvis ikke muskelmassen vedligeholdes. Undersøgelser har dog peget på, at sarkopeni oftere forekommer hos kvinder med en kronologisk alder under

mønstre i relation til ældres deltagelse i forskellige former for fysisk aktivitet og træning (se eksempelvis Tulle 2008 og Tulle & Dorrer 2012). Som nævnt ovenfor blev praktiseringer af køn også mit analytiske fokus – og ikke kun i forhold til træning, men også i forhold til husholdets organisering (se kapitel 6). I fordeling af informanter fra de forskellige hovedgrupper har jeg forholdt mig til de medicinsk uddannede interventionsforskeres hypoteser om, at den enkelte forsøgspersons compliance med forsøgsprotokollen var afhængig af, hvorvidt vedkommende skulle træne eller ej, og hvilken form for træning der skulle udføres³¹. På linje med interventionsforskerne ville jeg undersøge, hvordan det fik betydning for realiseringer af protokollen, hvilken gruppe forsøgspersonerne var udtrukket til. Jeg kunne også have valgt informanter ud fra deres kronologiske alder, da alder kunne have haft en betydning for, hvorvidt forsøgspersonerne boede i plejebolig, samt hvorvidt og hvordan forsøgspersonerne klarede sig i eget hjem³². Interventionens inklusionskriterier tog dog i vidt omfang højde for dette ved blandt andet at screene for kroniske sygdomme og ved at kræve, at forsøgspersonerne stadig boede hjemme. De forsøgspersoner, der droppede ud, havde således heller ikke en gennemsnitlig højere kronologisk alder end gruppen af forsøgsdeltagere som helhed.

Jeg valgte 28 af mine informanter ud blandt de første 70 inkluderede forsøgspersoner³³, to var blandt den næste gruppe af inkluderede. Det var i vidt omfang et pragmatisk valg. Rekruttering af forsøgspersoner blev en mere langsommelig proces end først antaget og ønsket af interventionsforskerne, og jeg var interesseret i at undersøge, hvordan interventionens protokol realiseredes i kraft af blandt andet forsøgspersonerne, hvorfor feltarbejde med klinikken måtte finde sted sideløbende med et feltarbejde med og blandt forsøgspersonerne i andre kontekster.

Forsøgspersonerne som jeg interviewede, mødte jeg altid først på klinikken under de indledende tests, hvor jeg introducerede mig selv som forsker og etnolog, der var interesseret i deres hverdagsliv. Jeg kontaktede kun de forsøgspersoner, som jeg havde nået at forklare mit ærinde eller som havde givet egentlig tilsagn om interview. Dernæst sendte jeg dem en uddybende mail omkring interviewet, der også fungerede som egentlig forespørgsel om en interviewaftale³⁴. Udover de første længerevarende interviews foretog jeg flere opfølgende interviews omkring et halvt, et helt og halvandet år inde i interventionen med udvalgte

70 end hos mænd i samme aldersgruppe (Beyer 2013). I alderen 80+ lider flere mænd end kvinder af omfattende primær sarkopeni dvs. tab af muskelmasse der skyldes aldersrelaterede risikofaktorer (Beyer 2013).

³¹ Ifølge protokollen forventes der blandt andet en højere compliance blandt dem, der træner hjemme, end blandt dem, der træner på klinikken (CALM application 2013, Bechshøft et al. 2016). Dette berører jeg blandt andet i det sidste kapitel.

³² En ny undersøgelse fra VIVE peger på, at ældre i København, hvor størstedelen af forsøgsdeltagerne er fra, de seneste 10-15 år er blevet mindre plejekrævende. Færre flytter til en plejebolig, og dem, der gør, er ofte ældre end for blot ti år siden (VIVE 2017)

³³ Det tog omkring ét år at inkludere 70 forsøgspersoner på grund af interventionens inklusionskriterier. Inklusionskriterierne, og hvordan de blev ændret i kontinuerlige tilpasninger til et specifikt forsøgssubjekt, diskuterer jeg blandt andet i afhandlingens kapitel 5.

³⁴ Se bilag 1

forsøgsdeltagere³⁵. Jeg fulgte her i vidt omfang interventionens lineære planlægning, hvor der fandt testing sted efter 6 måneder, efter et år og en opfølgende screening ved 18 måneder³⁶. Informanterne til de opfølgende interviews udvalgte jeg på baggrund af de første længerevarende interviews, når der var oplagte begivenheder eller indsigter at følge op. Det kunne være i forhold til de konkrete måder, hvorpå forsøgspersonerne realiserede protokollen ved blandt andet at udføre træning og indtage proteindrik.

To gange interviewede jeg ægtepar, hvor begge parter var engagerede som forsøgsdeltagere. I andre tilfælde har ægtefæller, som ikke var inkluderet i den kliniske intervention, også deltaget i interviews, eller de har gået til og fra samtalen, serveret mad og drikke og har på min opfordring eller mere spontant fortalt, blandt andet hvad det har betydet for dem, at deres ægtefæller deltog i CALM. Naboer, venner, kollegaer og andre familiemedlemmer har undertiden også været en del af interviews både som fysisk tilstedeværende eller som implicerede på anden vis. Både forskere, herunder mig selv, forsøgspersoner og udvidede hushold var *"on trial"* (Berg og Akrich 2004), hvilket vil sige, at vi alle var på prøve i den kliniske intervention i kontinuerlige forsøg på at få realiseringer af protokollen til at forløbe så gnidningsfrit som muligt. Dette gav anledning til at undersøge, hvordan domesticeringer af aldringsforsøg finder sted i kollektive processer, der implicerer flere aktører end den individuelle forsøgsdeltager, på trods af at de kliniske procedurer ofte havde individet og den individuelle, biologiske krop i centrum; en bærende pointe, jeg udfolder analytisk, og som blandt andet førte til udviklingen af begrebet 'implicerede måltidspartnere' i kapitel 6.

De første længerevarende interviews fandt som nævnt sted i forsøgspersonernes eget hjem. Forudsætningen for den kliniske interventions succes var forsøgspersonernes kontinuerlige *hjemmearbejde* (Clotworthy 2018), både i forhold til træning og/eller protein- eller kulhydratdrik, i forhold til udfyldelse af spørgeske-maer og planlægning af besøg på klinikken. Forsøgspersonerne blev desuden i perioder overvåget fra distancen af interventionens medarbejdere i form af en skridttæller, der skulle måle, hvor meget de bevægede sig, ligesom de i en periode på fem dage selv skulle registrere deres kost ved at måle og veje alt, hvad de indtog. Forsøgspersonernes hjem og adgangen dertil var således af afgørende betydning for CALM og den kliniske intervention, men blev også væsentlig i mit feltarbejde i forhold til at undersøge konkrete realiseringer af interventionsprotokollen og igangværende aldringsforsøg på tværs af fysiske, tidslige og sociale rum og aktiviteter. Hjemmet spillede i den forstand en central rolle i CALM både som mål for den specifikke kliniske intervention, og som et dobbelttydigt rum for både privatliv og vedblivende interventioner. Dette belyser jeg i det følgende afsnit, hvor jeg også reflekterer over, hvordan jeg fik adgang til

³⁵ Se bilag

³⁶ Se bilag 3

forsøgspersonernes hjem, hvilke positioner jeg fik og indtog i forsøgspersonernes hjem, og hvordan det har givet anledning til yderligere analytiske refleksioner.

Praktiseringer af hjem i CALM og i det etnologiske feltarbejde

Forskerne med medicinsk baggrund og andre CALM-medarbejdere på Sportsmedicinsk klinik gav udtryk for, at de fandt det frugtbart at diskutere forsøgspersonerne og relationerne til disse med mig. Samtalerne med mine CALM-kolleger i interventionen stimulerede ligeledes min analytiske praksis. Vi havde blandt andet samtaler om, hvad det vil sige at undersøge "aldrende kroppe" og kroppe i de hele taget. Vi drøftede også indimellem mine analytiske ideer, for eksempel når det kom til spørgsmål omkring hjemmets betydning i interventionen og for forsøgspersonerne, som det ene af kapitlerne i afhandlingen drejer sig om. Den kliniske intervention blev dog for mig aldrig et "professionelt hjem", der havde karakter af et fælles forsknings- og udviklingsarbejde CALM-forskerne imellem, sådan som antropolog Morten Hulvej Rod har beskrevet sin forskningspraksis i relation til forebyggelsesinitiativer på alkoholområdet (Hulvej Rod 2010:28-32). Det var på mange måder lettere for mig at få adgang til og være forsker i forsøgspersonernes hjem blandt andet på grund af de relationer, som jeg opbyggede på klinikken.

Som jeg berørte tidligere i afhandlingen, rekrutteredes i den kliniske intervention udelukkende hjemmeboende ældre, idet CALM-projektets langsigtede mål blandt andet var at gøre ældre i stand til vedblivende at kunne klare hverdagsgøremål i hjemmet som madlavning og rengøring. De lette træningsøvelser, som blev sammensat i et samarbejde mellem CALM-interventionens forskere og deres fysioterapiuddannede kollegaer på Sportsmedicinsk klinik, skulle herudover udføres af forsøgspersonerne i eget hjem. Forsøgspersonernes madlavning, måltider og indtagelse af proteinshake forventedes af interventionsforskerne ligeledes at foregå i hjemmet. Forsøgspersonerne skulle dermed ikke alene stille deres kroppe til rådighed for interventioner, men også deres hjem. I min undersøgelse kommer hjemmet derfor ikke kun til at fremstå som forsøgspersonernes private, stabile bolig, men bliver et rum, hvor den 'ydre verden', her interventionens logikker og teknologier – for at parafrasere Löfgren – hele tiden var til stede, formede og håndteredes i det domestiske liv (Löfgren 2014:95).

Udover at jeg foretog interviews i forsøgspersonernes hjem, deltog jeg således i otte såkaldte hjemmebesøg sammen med enten en fysioterapeut eller en idrætsstuderende hos fire mænd og fire kvinder for at undersøge, hvordan træning i hjemmet fandt sted. Interventionens medarbejdere skulle supervisere den lette træning og tjekke, at forsøgspersonerne så vidt muligt udførte træningen i overensstemmelse med protokollen. Det vil sige, at de trænede et vist antal gange på en uge, at de udførte øvelserne korrekt, og at

øvelserne havde den rette sværhedsgrad. Interventionsmedarbejderens opgave var således også at sikre progression i forhold til (gen)opbygning af forsøgspersonernes muskelmasse.

Hjemmebesøgene planlagde jeg ofte i forlængelse af mit første længerevarende interview. Inden hjemmebesøget hos hver enkelt forsøgsdeltager spurgte jeg både medarbejderen fra klinikken og forsøgspersonen selv, om jeg måtte deltage, og om jeg måtte tage billeder og optage lyd. Jeg medbragte mit kamera og min diktafon, og havde også planer om selv at udføre øvelserne sammen med forsøgsdeltagerne for at mærke på egen krop, hvordan det ville at være at blive objekt for både instruktioner, koordinering af øvelser og eventuel muskelømhed. Hjemmebesøgene var imidlertid så omfattende et set-up og invasion i hjemmet, hvor møbler og kroppe skulle flyttes og justeres, at jeg ikke fandt det passende at spørge, om jeg måtte træne med. I stedet noterede jeg i min notesbog, jeg fotograferede, og jeg spurgte ind til øvelserne. Forsøgspersoner har også uopfordret sendt billeder til mig, hvor de trænede hjemme, og hvor de med i en ironisk tone har beklaget sig over øvelsernes omfang. Dette fortæller noget om forsøgspersonernes ofte ambivalente forhold til de former for 'sund' og 'aktiv' aldring, som interventionsprotokollen praktiserede, hvilket også bliver en analytisk indsigt, som jeg løbende uddyber. Samtidig fortæller det igen noget om mine relationer til forsøgspersonerne: Jeg blev som nævnt ofte en ven eller en allieret i et kaos af nye ting at tage stilling til og indgå i – også i hjemmet.

Det blev imidlertid i højere grad lagt ud til forsøgspersonerne selv, hvorvidt de ville åbne deres hjem for den etnologiske forskning: *"Disse undersøgelser [de etnologiske] vil fortrinsvis foregå i dit eget hjem, så fremt du accepterer dette."* (Deltagerinformation 2013). Hvor jeg som etnolog skulle inviteres af forsøgspersonerne, var der i CALM en neutraliseret forståelse af, at sundhedsinterventioner allerede var en del af hjemmets sfære, og at man særligt som ældre måtte forvente, at det ville forblive sådan. Denne forståelse gjorde sig også gældende hos forsøgspersonerne selv:

Marie: Hvordan har du det med, at træningen foregår i dit hjem? Og også at den skal superviseres for eksempel?

Ellen: Jeg siger jo også ja til at deltage for mit eget bedste. Hvis man kan opbygge sin muskelmasse, og så få en stærkere krop, så vil jeg jo gøre, hvad der skal til. Det er jo nok også meget naturligt at lukke hjemme-hjælp ind og den slags. Som ældre må man jo også forvente, at der kommer nogen i ens hjem på et tidspunkt for eksempel og gør rent. Altså hvis det ikke er sparet væk endnu. Jeg havde jo sundhedsplejerske, dengang jeg fik min datter. Det var jo for hendes eget bedste, og så for mit bedste selvfølgelig.

- Interview med Ellen 19. januar

2016

Ellens svar på, hvordan det er at få superviseret sin træning i hjemmet, illustrerer, hvordan skillelinjer mellem privat og offentligt rum langt fra er entydigt etableret. Tværtimod oplevedes det domestiske rum ikke som afgrænset fra et "offentligt" rum. Ellens hverdag var allerede en del af interventioner og folkesundhedsinitiativer. I forlængelse af mine interviews argumenterer jeg i næste kapitel (3) for, hvordan forsøgspersonerne i CALM-projektet artikuleres som en selvteknologisk domesticeret generation, hvilket bliver afgørende for forsøgsdeltagelse. Konkret i feltarbejdet betød det, at jeg, udover at blive en allieret, i hjemmene således også blev en repræsentant for en forebyggende indsats, der virkede genkendelig for forsøgspersonerne. Som nævnt fandt de livshistoriske interviews og desuden flere opfølgende interviews sted i forsøgspersonernes hjem, og alle på nær en enkelt³⁷ inviterede mig uden forbehold. Hjemmet beskrives ofte som et sted, hvor der intet særligt sker, et sted hvor hverdagslivet praktiseres og hvor "mundane domestic activities, from routines to daydreaming, flow like hidden undercurrents" (Löfgren 2014:82), men mine interviews gjorde det også klart, hvordan rutiner ikke etableres i et privat, individuelt rum, men i høj grad også bliver diskursivt og politisk formet.

Ideen om livshistoriske interviews i hjemmet som indgang til at forstå forandringer af hverdagens rutiner har jeg både bygget videre på, forkastet og nuanceret undervejs i mit analytiske arbejde, hvorfor jeg langt fra betragter mine interviews som statisk metode eller materiale, men snarere som 'devices' (Candea, 2013), der former sig i relation til flertydige og igangværende forsøg med aldring og mine og forsøgspersonernes skiftende engagementer i de kliniske praksisser og protokolspecifikke opgaver og rutiner. I kapitlets afsluttende afsnit reflekterer jeg yderligere over dette. Først vil jeg dog kort berøre etiske aspekter af feltarbejdet.

En vigtig ekskurs om etik og håndtering af personlige oplysninger

Som kvalitativ, etnografisk forsker er jeg skolet i etiske retningslinjer, som på linje med en række andre forhold er integreret i min (relationelle og dialogiske) videnskabelige praksis og herunder i feltarbejdet. Et obligatorisk kursus i etik indgår i ph.d.-uddannelsen på humanistisk fakultet, ligesom etik, særligt forstået som spørgsmål om at passe på informanter ved at beskytte dem mod potentielle konsekvenser af ytringer eller handlinger, der opstår i forbindelse med deres engagementer med etnologiske undersøgelser, også har

³⁷ Vedkommende henviste til privatlivets fred, hvilket jeg selvfølgelig respekterede. Forsøgspersonen (Kim) anså generelt ikke sig selv som havende behov for "intervention", hvilket jeg også diskuterer i kapitel 5.

været en del af min grunduddannelse i etnologi. I Danmark har vi imidlertid ikke en etisk komité for humanistisk eller samfundsvidenskabelig forskning, der skal godkende interview- eller spørgeskemaundersøgelser, observationer på offentlige steder eller i folks private hjem. Den kliniske intervention i CALM var godkendt af National Videnskabsetisk Komité, som et videnskabeligt forsøg med "levendefødte, menneskelige individer" (Videnskabsetisk Komité 2017), der udover at udsætte kroppe for fysiologiske test også håndterede biologisk materiale, som kunne spores tilbage til enkeltindivider. For så vidt at CALM-projektet ville komme til at håndtere menneskers individuelle sundhedsoplysninger, var CALM også godkendt af Datatilsynet. Da jeg dog ikke har indsamlet forsøgspersonernes personlige data, og idet spørgsmålet, som angår mine informanternes helbredstilstand, ikke kan føres tilbage til nogen form for identificerende information, var det ikke på daværende tidspunkt nødvendigt at registrere mit projekt ved Datatilsynet. Datatilsynet kræver i øvrigt ikke længere (2018), at forskningsprojekter registreres³⁸. Som tidligere nævnt fik jeg adgang til forsøgspersonerne via både personlige møder og et skema, der indeholdt et forsøgsdagsoverblik, det vil sige de datoer, hvor hver enkelt forsøgsperson skulle møde op til undersøgelser på Bispebjerg. Disse skemaer indeholdt i udgangspunktet både forsøgspersonernes fulde navn, mailadresse og personnummer, men efternavn og personnummer var til hver en tid slettet, før jeg modtog skemaet. Desuden fik jeg aldrig skemaet via mail; mine CALM-kolleger og jeg sørgede for, at jeg modtog opdaterede versioner på en krypteret USB-nøgle. Alle, både forsøgspersoner og forskere, har jeg anonymiseret. Det vil sige, at de optræder med pseudonymer i den fortløbende tekst. Forskere og medarbejdere omtales hovedsageligt med funktion eller uddannelsesbaggrund som eksempelvis 'lægen' eller 'fysioterapeuten'. Kender man til CALM og den specifikke kliniske intervention, vil det imidlertid alligevel være muligt at identificere de i afhandlingen omtalte interventionsmedarbejdere. Jeg forsøger derfor at undgå at udstille eller forholde mig kritisk til den enkelte forskers arbejde. I stedet forholder jeg mig kritisk og forhåbentlig konstruktivt til organiseringen af det tværvideenskabelige projekt, som også var med til at danne rammerne om min egen forskning.

Til trods for at mit feltarbejde og min undersøgelse ikke er registreret hos Datatilsynet, har jeg dog været opmærksom på de etiske guidelines for empirisk baseret forskning, som formuleres i det nationale adfærdskodeks for integritet i dansk forskning³⁹. Det betyder, at jeg har tilstræbt at udføre min forskning med "ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed" (Ufm. 2014). Jeg har opbevaret materiale fra interviews og

³⁸ <https://www.datatilsynet.dk/emner/forskning-og-statistik/saerligt-om-sundhedsomraadet/>. Senest tilgået den 25.9.2018.

³⁹ "Based on three basic principles of research integrity, i.e. honesty, transparency, and accountability, the Code presents a set of six commonly accepted standards on responsible conduct of research, a set of guidelines on teaching, training, and supervision, and, finally, a set of guidelines on how to respond to breaches of responsible conduct of research. Together, these elements are intended as guidance tools for researchers in their day-to-day work." <https://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/the-danish-code-of-conduct-for-research-integrity.pdf>. Senest tilgået den 25.9.2018

feltnoter, så det senere kan revideres af andre på en ekstern harddisk. Feltarbejdets forløb og overvejelser lægges frem i nærværende kapitel, og jeg har diskuteret med involverede aktører, hvordan jeg kunne tage hensyn til dem i min undersøgelse. Med udgangspunkt i en performativ tradition, er det min opfattelse, at forskningsetik altovervejende praktiseres og håndteres løbende (jf. også Jöhncke 2009:206). Det er således praktiske og situerede hensyn til de kollektive vidensprocesser og til de involverede i den kliniske intervention, der har været medbestemmende for, hvordan undersøgelsens materiale sammensættes og for afhandlingens analytiske fokuspunkter. Mit feltarbejde bar i høj grad præg af, at jeg prøvede mig frem i forhold til den kontekst, de situationer og de aktører, jeg indgik i og interagerede med. Det handlede blandt andet om på den ene side at være loyal overfor projektdesignet i CALM og mine kolleger på klinikken og samtidig undlade at "sladre" om forsøgsparticipanterne ved ikke at videregive informationer fra vores samtaler og møder, der kunne afsløre, hvorvidt de eventuelt levede op til interventionsprotokollen ved eksempelvis at træne for meget eller for lidt. Dilemmaer som disse løste jeg blandt andet ved ikke at holde information tilbage fra CALM-kollegaer, når de spurgte ind til mine generelle oplevelser af forsøgspersonernes compliance med interventionsprotokollen. Samtidig undlod jeg at tale om specifikke, navngivne forsøgspersoner. I de følgende kapitler vil jeg derfor heller ikke angive datoerne for mine observationer på klinikken, da alle observationsdage kan spores tilbage til både min kolleger og til specifikke forsøgspersoner. Etiske aspekter af mit feltarbejde beror derfor i høj grad på en følsomhed over for både videnskabens og forsøgspersonernes etiske kodekser (jf. Rasmussen 2017). Det gode og rigtige drejer sig også om en analytisk vurdering i forhold til sammenvævning af materialet, der ikke nødvendigvis kan fastsættes endeligt.

Udformning af 'livshistoriske interviews'

Min oprindelige intention med det første længerevarende interview i forsøgspersonernes hjem var at få en forståelse for forsøgspersonernes 'livshistorier' særligt i relation til fysisk aktivitet og måltider, som var det primære fokus for interventionsprotokollen. I CALM var der som tidligere nævnt en grundlæggende forventning om, at jeg som etnolog "udbredte CALM-projektet" til forsøgspersonernes hverdagsliv. Som det er formuleret i CALM-ansøgningen, skulle livshistorier eller *livstilshistorier*, som er begrebet i informationen til forsøgsparticipanterne, i den sammenhæng fungere som indsigter i, hvordan "*routines and habits have become established in the participants' everyday lives, and how lifestyle changes earlier in life were experienced*" (UCPH's 2016 FUNDS. Application CALM. Final Version).

På baggrund af de livshistoriske interviews ville vi som forskere i CALM-projektet kunne udpege muligheder og barrierer for etablering af protokollens rutiner⁴⁰ og i sidste ende skabe 'hensigtsmæssige' måder at ældes på. I udformning af interviewguides var jeg derfor i udgangspunktet inspireret af blandt andre Kaufman, hvis omfattende interviewguide og etnografiske materiale giver indblik i kontinuiteten mellem livsfaser som baggrund for at forklare, hvordan en bestemt gruppe af ældre oplever aldring og det meningsfulde, gode ældreliv (1986). Med inspiration fra Kaufman, men også andre studier, der har ældres livshistorier, erfaringer og oplevelser i centrum (Blaakilde 2007; Blaakilde 2011; Grøn & Andersen 2014), formulerede jeg spørgsmål om familierelationer, arbejdsliv, oplevelser af kroppen i aldringsprocessen og rutiner i forhold til måltider og fysisk aktivitet for at undersøge forsøgspersonernes perspektiver på og muligheder for at integrere forsøgsprotokollen i hverdagslivet.

Som jeg kort berørte ovenfor, blev det med feltarbejde på både klinikken og i forsøgspersonernes hjem imidlertid tydeligt for mig, hvordan forsøgspersonernes hverdag og livshistorier ikke kunne anskues som løsrevet fra interventionen i CALM og de kliniske forskningspraksisser, herunder som uafhængigt af konfrontationer med de procedurer, teknologier og netværk, de kontinuerligt blev en del af (Akrich & Berg 2004). I kraft af samtaler med forsøgspersonerne og min deltagelse ved CALM-møder blev det ligeledes tydeliggjort, hvordan idealet om kontinuitet mellem livsfaser kan anskues som et historisk specifikt rationale, der også var et fundament for CALM-projektet. Dette bliver også en analytisk pointe, som jeg udfolder både i kapitel 5 og i kapitel 7. Det afgørende i forhold til mine metodologiske overvejelser er at fremhæve, at det blev vanskeligt at fastholde forsøgspersonernes livshistorier som entydige, løsrevne kilder til indsigt i kontinuitet og forandring i hverdagslivet.

Problemet med udformningen af interviews var ikke at "life histories can be misremembered" (Davies, 2008:206), at min undersøgelse så at sige ville bero på forsøgspersonernes manipulative erindring. Problemet var snarere, at forestillingen om et patientperspektiv, eller i afhandlingens sammenhæng et forsøgspersonsperspektiv, beror på en præmis om, at en den enkelte forsøgsperson kan have et individuelt, løsrevet og autentisk perspektiv (Pols 2005:208) på eksempel hverdagsliv og livsforløb, som kan forløses i det kvalitative interview. En fastholdelse af et *forsøgspersonperspektiv* kommer, som den empiriske filosof Jeanette Pols har argumenteret for (2005), til at fremstå som uafhængigt af eksempelvis de medicinske praksisser, som forsøgspersonernes selvfremstillinger også bliver en del af (jf. Pols 2014:78). Det at spørge ind til forsøgsdeltagernes baggrund og livshistorie blev derfor problematisk, da formuleringer af sådanne spørgsmål (og ikke mindst analyser af svarene) kunne komme til at ignorere, hvordan perspektiver og

⁴⁰ Se citatet fra deltagerinformationen der indleder nærværende kapitel

subjektpositioner fremkommer som performative effekter af interviewsituationerne og af de kliniske forskningspraksisser, hvilket jeg også har været inde på tidligere i kapitlet.

I feltarbejdet som i min analytiske praksis har jeg således forsøgt at tydeliggøre relationerne mellem de livshistoriske interviews og forsøgsdeltagelse som kollektive praksisser. Det var ikke min hensigt at undersøge 'sundhedsadfærd' som udtrykt i forsøgspersonerne tidligere og nuværende individuelle livsførelse. Jeg forstår snarere de livshistoriske interviews som særlige versioner af forsøgsdeltagelse, der kan give indblik i, hvordan succesfuld realisering af forsøgsprotokollen også er afhængig af domesticeringen af bestemte aldringsforsøg. Det vil sige, at jeg ikke kan eller vil anskue livsløb som uafhængige af eller ligefrem prægivne kliniske procedurer og tests. Flere har netop kritiseret et fokus i folkesundhedsforskning på individuel sundhedsadfærd (health behaviour) (Cohn 2014; Bell 2016; Blue et al. 2016). Denne kritik peger blandt andet på, at man ved at koncentrere sig om den enkeltes psykologiske motivation for livsstilsændringer ignorerer, hvordan eksempelvis socialiteter og magtforhold også er involveret i skabelse af nye rutiner (Cohn 2014). Med feltarbejdet og de livshistoriske interviews var det derfor min hensigt, at undersøge konkrete interventionsspecifikke processer og praksisser, der er involveret i at skabe bestemte aldringsforsøg som blandt andet individuel sundhedsadfærd (i form af forsøgspersoners realisering af aktivitetsrutiner og diætombælgninger). Frem for at fokusere på individuelle 'barrierer' eller 'motivationer' for livsstilsændringer, og dermed reproducere "the same epistemological assumptions" (Cohn 2014:157) som ideen om individuel sundhedsadfærd, koncentrerede interviews med forsøgspersonerne sig om, hvordan forsøgspersonernes realisering af protokollen medvirkede til at skabe blandt andet bestemte former for aktiv og sund aldring som interventionens objekt.

Interviewene kom således også til at kredse om interventionens enkelte procedurer. For mig handlede det om at trække på forsøgspersonernes "skills as co-researchers" (Mol 2008a:11) frem for at gøre dem udelukkende til et etnologisk undersøgelsesobjekt. Jeg spurgte ind til, hvordan forsøgspersonerne befandt sig med proteindrik, med muskelbiopsier, med blodprøver, træning med elastikker med videre, ved at jeg sammen med forsøgspersonerne blandt andet gennemgik de enkelte procedurer, tests og indgreb, som de gennemgik i interventionsperioden. Mere specifikt var interviewene struktureret omkring de følgende temaer: sociale relationer, organisering af hverdagen (herunder forandringer af rutiner over tid særligt i forhold til måltider og fysisk aktivitet), motivation for forsøgsdeltagelse, kroppen i aldringsprocessen, relationer til CALM-interventionens medarbejdere og altså desuden de specifikke kliniske procedurer.

Et STS-inspireret fokus på "knowledge-in-the-making", på konkrete videnskabende processer og praksisser, gør det ifølge historiker Kristin Asdal og sociolog Ingunn Moser vanskeligt at beskæftige sig med det, der var, men også med det blivende eller bestående (Asdal & Moser 2015:295). Det er derfor væsentligt at

diskutere, hvordan man som forsker *arbejder* med eksempelvis historisk kontekst (ibid:296), men også dermed medvirker til at udfordre og producere den. Med en performativ og generativ tilgang kan jeg som forsker åbne fastlåste kontekster og koncepter op ved at eksperimentere med kontekster i flertal, ved at sammenkæde dem på nye måder med de tekster, objekter eller andet, der umiddelbart syntes at være undersøgelsens centrum (ibid.:303). Når jeg i mit feltarbejde og i det analytiske arbejde på trods af ovenstående refleksioner omkring 'forsøgspersonsperspektivet' alligevel interesserer mig for, hvordan kroppe, rutiner og selvforhold vedvarende kræver, men også *har krævet* bestemte former for "kulturel vedligeholdelse" (Löfgren & Wilk 2006:14), er det fordi jeg anskuer de livshistoriske elementer og disse vedligeholdelsespraksisser som nogle, der samproduceres i interaktioner og sammenfiltreringer med de kliniske praksisser og det etnologiske projekt såvel som med skiftende befolkningspolitiske forsøg med aldring. Det er dermed afhandlingens formål også at bidrage til potentielle aldringsforsøg ved både at skabe nye og overraskende virkeligheder og indsigter og samtidige undersøge, hvordan interventionens aktører og viden tilpasses bestemte kontekster, skaber nye standarder og også somme tider truer alternative praksisser (jf. Asdal & Moser 2015:302-303). Når forsøgspersonerne og jeg talte om familierelationer, hvordan forsøgspersonerne havde trænet som voksne, hvordan de før og nu arrangerede deres måltider, handlede det for mig om at være med til at konstituere et etnografisk materiale, der kunne bidrage til indsigter i, hvordan CALM både muliggjorde og udgrænsede bestemte aldringsforsøg, der også artikuleredes i konkrete praktiseringer af fortiden i eksempelvis de etnologiske interviews.

Livshistoriske interviews som (selv)interventioner

Livshistorierne ventede således ikke blot på at blive gengivet eller afsløret, men blev eksplicit tematiseret og formet i relationer til temaer, der optog både mig og forsøgspersonerne. Etnolog Lene Otto har netop argumenteret for, at livshistorie(n) ikke kan betragtes som et præarrangeret narrativ eller en entydig, løsrevet genfortælling af et liv, men snarere et problem i sig selv (Otto 1998:124). Otto kobler det at fortælle sig selv til selvets teknologier, og hun viser, hvordan det at dele sin livshistorie, kan blive en måde at skabe sig selv som subjekt i relation til normer for en bestemt levevis (ibid.:125). I samtlige interviews var det tydeligt, hvordan mine informanter både fortalte sig selv som overvejende disciplinerede forsøgspersoner og satte deres rutiner i forhold til fysisk aktivitet og måltider i relation til skiftende sundhedsdiskurser, hvilket jeg behandler indgående i det næste kapitel. Flere pointerede, hvordan de stræbte efter at leve så sundt som muligt i overensstemmelse med officielle sundhedsanbefalinger blandt andet ved at bevæge sig, spise magert, stoppe med at ryge med videre.

Hvor jeg på klinikken og ved hjemmebesøg med interventionens medarbejdere ofte blev allieret i kampen mod den *"al den sundhed der kan tage overhånd"* (Interview med forsøgspersonen Niels den 4.12.2014), fik jeg i forbindelse med det første længerevarende, livshistoriske interview ligeledes en position som vogter for nogle af de rationaler og normer, som forsøgspersonerne opfattede som fremherskende i CALM-projektet. Når jeg bad min informanter om at reflektere over, hvordan det var at være forsøgsperson, hvorfor de havde meldt sig til CALM, men også over tidligere og nuværende motions- og madvaner, var min interviews uundgåeligt med til at konstituere de ældre som et biopolitisk subjekt, der selv bliver ansvarlig for at fastholde bestemte standarder for aldring. Jeg var med til at domesticere aldringsforsøg, aldrende kroppe og individuelle subjekter, der agerer aktivt i forhold til egen sundhed og egen tilværelse i det hele taget. Som sådan kom de livshistoriske interviews som en del af interventionen blandt andet til at fungere som selvteknologiske redskaber, der var rettet mod forsøgspersonernes *"selviagttagelse og selvstyring"* (jf. Villadsen 2007:157). Det skal forstås sådan, at de livshistoriske interviews indbød til, at forsøgspersonerne reflekterede over og bedømte deres egne vaner og rutiner. Således fremhævede forsøgspersonerne både aspekter af deres tilværelse, hvor de ifølge dem selv kunne blive sundere, og de fremhævede rutiner, som de var særligt stolte over. Flere beskrev eksempelvis det, at de gennemførte radioens morgengymnastik hver eneste dag, som en livslang, *"fornuftig vane"* (interview med Gertrud november 2014, interview med Niels maj 2015, interview med Karen juli 2014). For nogle af forsøgspersonerne blev de livshistoriske interviews i den forstand én af flere interventionsspecifikke teknologier, der ligesom motivationssamtaler, scanningsbilleder og fysiske test, allesammen havde til hensigt at justere, styre og måle deres hverdag og deres aldringsprocesser. Interviews med forsøgspersonerne var derfor i et vist omfang med til at fremme bestemte aldringsforsøg. Implikationerne af dette diskuterer jeg i afhandlingens konklusion.

Opsamling: livshistorier og materialitet, kropslighed og stoflighed

Kapitlets overordnede formål har været at reflektere over mit metodologiske udgangspunkt og mine egne, interventionsforskernes og forsøgspersonernes skiftende og ofte flertydige positioneringer i den kliniske intervention i CALM. En afgørende pointe i kapitlet er, at feltarbejdet i sine undersøgelser af realiseringer af interventionsprotokollen fik et særligt fokus på forsøgsdeltagelse, ikke som løsrevet fra andre praksisser, men som sammenvævet med protokoller, procedurer, forskning og teknologier og instrumenter. Jeg har reflekteret over, hvordan min interesse for igangværende, men interventionsspecifikke hverdagsliv og flertydige aldringsforsøg fordrede, at jeg lavede feltarbejde på flere forskellige 'sites' i interventionen: helt overordnet i forsøgspersonernes hjem, i klinikkens laboratorier og i træningsfaciliteter på klinikken. Dog anskuer jeg ikke disse sites som uafhængige af hinanden. Jeg har tværtimod diskuteret, hvordan jeg blandt

andet i hensynet til CALM og til interventionsforskningens forløb tog del i de praksisser, som interventionsprotokollen og interventionsforskerne udpegede som væsentlige for at forstå realiseringer af protokollen, og samtidig undersøgte, hvordan det forsøgssubjekt, som interventionen havde brug for, også artikuleres af livshistoriske elementer, af rutiner og vaner, der ikke kan ses uafhængige af kliniske praksisser endside af interventionsprotokollen, men som alligevel krævede konstante tilpasninger af de kliniske, biomedicinske procedurer. Min performative og generative tilgang til feltet, som jeg i kapitlet har gjort rede for, implicerer desuden, at jeg ikke kun forstår mit feltarbejde som materialegenerende, men også som intervenserende i den forstand, at jeg i kraft af mine engagementer med de interventionsspecifikke praksisser og min analytiske valg sammensætter aldringsforsøg, og er med til at domesticere bestemte (nye) aldringsforsøg.

Mit feltarbejde har været med til at muliggøre, at jeg i afhandlingen kan fremhæve nogle af de praksisser, der var involveret i at få interventionen i CALM til at fungere, og som promoverede specifikke, men også ofte modstridende måder at blive ældre på.

Med tematiseringerne i de livshistoriske interviews og mine løbende samtaler med forsøgspersonerne ville jeg undgå at skabe en, for mig at se, kunstig opdeling mellem forsøgsdeltagelse som værende *på den ene side* baseret på normative diskurser for det gode ældreliv eller kroppe og selvforhold i aldringsprocesser og *på den anden side* træning og laboratorietests som "thick, fleshy, and warm" (Mol 2002:31). Som feltarbejdet udviklede sig i kraft af mine møder med forsøgsdeltagerne både på Sportsmedicinsk klinik, i forsøgspersonernes hjem og andre steder, blev det tydeligt for mig, at forsøgsdeltagelse både formede sig som konkrete materielle praksisser af træning, sved og ømme muskler, scanninger og muskelbiopsier, og som det at indgå i en sociale, normative relationer, hvor det handlede om magt, selvintervention, om forpligtelse og det at producere gode ældreliv for både sig selv og andre. Gode ældreliv der også var funderet på, hvilken forsøgspopulation CALM havde brug for, og hvilke tilpasninger mellem forsøgskroppe og subjektpositioner, protokoller og procedurer de kliniske praksisser og deltagelse heri muliggjorde.

Mit feltarbejde, herunder spørgsmålene om det etnologiske projekts opdrag og mine skiftende positioneringer og engagementer med den kliniske intervention som etnografisk felt, har således muliggjort og formet mine valg af analytiske temaer i de følgende fem kapitler. Centralt for afhandlingens analyser er det, at jeg jævnfør overvejelserne ovenfor ikke ser en modsætning mellem det, jeg vil kalde livshistoriske elementer, og stoflighed, materialitet og kropslighed. Som jeg argumenterer for i det næste kapitel, artikuleres forsøgspopulation i både de etnologiske, livshistoriske interviews og i kliniske procedurer og tests ofte som vidende, ressourcestærke, sundhedskyndige aldrende borgere, der er i stand til at agere og intervenere i forhold til eget liv. For at tage disse "fællestræk" alvorligt som andet end et (måske manipulativt) udtryk for en specifik adfærd, bliver det i analyserne centralt at vise, hvordan forsøgsdeltagelse *også* involverer

ideologi, magt og 'seje strukturer'⁴¹ som medskabende for rutiner, kroppe og selvforhold. På baggrund af interviews med forsøgspartagerne diskuterer jeg i det følgende kapitel, hvordan forsøgspopulationens fællestræk bliver både en udfordring og en forudsætning for realiseringer og tilpasninger af interventionsprotokollen, for defineringer af et bestemt interventionsobjekt og for det konkrete arbejde med kroppe i laboratoriet. I afhandlingen inddrager jeg ikke alle mine interviews, og nogle informanter optræder flere gange i de analytiske kapitler. Det følgende kapitel skal således også anskues som en klangbund for analyserne, hvor jeg i dialog med flere af min informanter forsøger at indkredse, hvordan CALM-projektets domesticeringer af særlige aldringsforsøg også involverer formningen af en bestemt forsøgspopulation.

DEL II: Kliniske aldringsforsøg og intervenserbare aldringsprocesser

Kapitel 3: Aldring som livslange selvinterventioner

Indledning

Som jeg diskuterede i afhandlingens indledende afsnit, bliver CALM-interventionens succes afhængig af, at forskerne i CALM formår at rekruttere, motivere og fastholde en bestemt gruppe af ældre forsøgspersoner. I lignende RCT-baserede interventionsstudier har det ofte vist sig vanskeligt at inkludere såkaldt 'ældre' forsøgspersoner, blandt andet på grund af arbitrære øvre aldersgrænser fastsat i interventionsprotokoller (Cherubini & Crome 2015). Forsøgspersonerne i den kliniske intervention i CALM måtte til at begynde med ligeledes maksimalt have en kronologisk alder på 80 år. Denne aldersgrænse valgte forskerne dog at sløjfe, inden den første forsøgsperson startede op, idet kronologisk alder ikke altid indikerer helbredsstatus. Ofte ekskluderes potentielle ældre forsøgspersoner netop på baggrund af indirekte kriterier, som kan have med helbredsstatus at gøre såsom eftervirkninger og følgesygdomme relateret til f.eks. cancer og cancerbehandling, medicinering af kroniske lidelser, reduceret forventet levetid, eller fordi de bor på plejehjem og deraf forventes at være svagelige (ibid.). Interventionen i CALM krævede meget af forsøgspersonerne: I en periode på halvandet år skulle de møde op til testning 9 dage (18 timer) eller 13 dage (36 timer) på Sportsmedicinsk klinik alt afhængig af, hvilken en af undergrupperne de indgik i. Derudover kunne de blive udtrukket til en af træningsgrupperne, hvor de enten skulle møde op til træning tre gange ugentligt på klinikken under ledelse af fagpersoner eller træne i hjemmet tre til fem gange ugentligt med månedlig supervision. Forsøgspersonerne kunne desuden forvente ubehag af nogle af prøverne, men i udgangspunktet ikke

⁴¹ 'Seje strukturer' er en oversættelse af Ferdinand Braudels begreb 'Longe Dureé', der ifølge etnolog Tine Damsholt betegner strukturer i normer og praksis, som er træge eller kun "modstræbende lader sig forandre" (jf. Damsholt 2015:41).

varige mén⁴². I den forstand var der brug for forsøgspersoner, som var fysisk robuste, vedholdende og også 'compliant' forstået på den måde, at de vedvarende ville og kunne indgå på CALM-forskernes præmisser. Det er en pointe, jeg senere vender tilbage både i nærværende og i det efterfølgende kapitel. Imidlertid åbner spørgsmålene om, hvilke forsøgspersoner den kliniske intervention i CALM har *brug for* op for refleksioner omkring, hvordan forsøgspopulationer, frem for at udgøre et udsnit af en på forhånd eksisterende population (f.eks. ældrepopulationen i Danmark), strategisk produceres og konstitueres som en bestemt *gruppe* af individer i relationer til specifikke hypoteser, interventionsdesign og særlige krav til det specifikke interventionsstudies gennemførelse (Cohn 2016:33; Winther, Hillersdal og Jespersen 2017:110-113; Montgomery & Pool 2017:52-53). I forlængelse af dette undersøger jeg i nærværende kapitel, hvordan forsøgspersonerne kommer til at udgøre en population med fællestræk, der kan interverneres i eller på. Som jeg berørte i metodekapitlet, blev inklusionskriterierne i den kliniske intervention i CALM løbende justeret, og forskerne udarbejdede i overensstemmelse med lovkrav om god forskningsetik en række tillægsprotokoller, hvorved den oprindelige interventionsprotokol og de planlagte tests ændrede form.

Det lå som sådan ikke fast i testperiodens forløb, hvordan og hvilke forsøgspersoner der kunne inkluderes. Når jeg i det følgende derfor ikke særskilt koncentrerer mig om rekrutteringsprocesserne, sådan som blandt andre etnologerne Winther, Hillersdal og Jespersen (se Winther 2017) har gjort, er det, fordi jeg i mit feltarbejde oplevede rekruttering og inklusion som integreret i et konstant tilpasningsarbejde mellem protokoller, test, instrumenter og artikuleringer af kropslige specificiteter. I stedet for at diskutere rekruttering som specifikke og afkoblede processer af annoncering, samtaler, prøver og fysiske test undersøger jeg i det nærværende og de efterfølgende kapitler således, hvordan specifikke aldringsforsøg kontinuerligt domesticeres i forskere og forsøgspersoners vedvarende arbejde med at definere et brugbart interventionsobjekt både med annoncering og rekruttering og eksempelvis i laboratorietestningen.

I den forstand undersøger jeg, hvordan den kliniske intervention, foruden evidens, også producerer bestemte former for ældreliv og aldrende kroppe. Jeg trækker således på Cohn, der har peget på, at det at skabe en forsøgspopulation kan forstås som "[...]not merely imagined but also material" (Cohn 2016:30). I det næste kapitel og det efterfølgende skal vi bevæge os ind i laboratorierne, mens jeg i dette kapitel undersøger, hvordan CALM-projektet og herunder de livshistoriske interviews konstituerer en række karakteristika ved forsøgspersonerne i sammenfiltringer med velfærdsstatslige politikker og folkesundhedsinitiativer, hvoraf interventionen i CALM blot bliver en af disse. Det gør jeg ved at tage udgangspunkt i forsøgspersonernes selvfremstillinger, mens jeg anskuer disse som gensidigt medskabende for vidensproduktion og

⁴² Fra CALM-deltagerinformationen: *"Der er i forbindelse med blodprøvetagning, sene-, hud- og muskelprøveudtagning et vidst ubehag, der dog er kort og forbigående. Der er minimal risiko for betændelse og/eller blødning ved prøvetagning, men det ses uhyre sjældent. Der er ingen risici ved de øvrige metoder der anvendes i forsøget."*

politikker på ældreområdet og derfor også som en del af CALM-projektet. Jeg bruger citater fra mine interviews til også at pege på nogle træk ved forsøgsdeltagelse i CALM-interventionen, som er generelle for mine informanter, samtidig introducerer jeg nogle af de forsøgsdeltagere, som vi møder i de næste kapitler. Som sådan udpeger jeg ligeledes – i dialog med forsøgspersonerne – en række analytiske temaer for afhandlingen, der kommer til at danne fundament for de efterfølgende analyser.

Det bærende argument i nærværende kapitel er, at produktionen af en bestemt forsøgspopulation kan artikulere både generationelle fællestræk og former for 'forbundethed' (Cohn 2016), der bliver både en del af og en forudsætning for det objekt og de resultater, der produceres i CALM-projektet og i forskellige realiseringer af interventionsprotokollen.

Formet af opgangstider: en mobil 'velfærdsgeneration'

De forsøgspersoner, som indgår i den kliniske intervention, og som jeg møder i mit feltarbejde, kan anskues som tilhørende en generation⁴³, der alle er født omkring 2. Verdenskrig. Det vil sige, at de ved CALM-interventionens start har en kronologisk alder på mellem 65 og 80 år. Gennemsnitsalderen for mine informanter er 72 år. I et sociologisk generationsperspektiv kan de således refereres til som en i en vis grad homogen gruppe (Pilcher 1994), der muligvis kan dele en fælles oplevelse af deres livsvilkår, idet disse også kan forstås som en diskursivt formet kollektiv erindring (Edmunds & Turner 2002). Begrebet 'generation' som kulturelt fænomen udspringer af en beskrivelse af den biologiske cyklus, men indeholder desuden netop en forestilling om, at "adfærd, holdninger og normer hos mennesker har fællestræk inden for den generation, de tilhører" (Otto 2012). I udviklingen af velfærdsstatslige sundheds- og forebyggelsesinitiativer inddeles befolkningen ofte i generationer, som når målet er en røgfri generation 2030 (Sundhedsstyrelsen 2018c), eller når ældrebefolkningens sundhedstilstand kortlægges ved omfattende spørgeskemaundersøgelser i de danske regioner møntet på en bestemt aldersgruppe (Sundhedsstyrelsen 2010). Det at indeksere befolkningen efter alder eller fødselsår kan således fungere som en form for styring, aldersinddelingen bliver konkrete "technologies of citizenship" (Rose & Novas 2005), der producerer bestemte subjektiviteter. Folkesundhedsinterventioner på én gang forudsætter og producerer givne populationer. I afhandlingens sammenhæng bliver det centralt at undersøge, hvordan og hvilke fællestræk og forståelser af forbundethed i relation til aldringsprocesser, der kontinuerligt domesticeres i forsøgsdeltagelse, for at de kliniske forskere bliver i stand til at fastholde og arbejde med et bestemt interventionsobjekt. Definitionen eller

⁴³ Generation kan referere til en kohorte (inden for f.eks. klinisk forskning), aldersgruppe, *genealogisk tidsafstand*, gruppe af personer, som er af nogenlunde samme alder (jf. Otto 2012). Generation kan også referere til perioden fra fødslen af ét slægtsled til det næste, gennemsnitlig ca. 30 år (ibid.), og mine informanter brugte netop begrebet som sådan. De brugte dog også begrebet til at beskrive et fælles erfaringsgrundlag, og jeg bruger derfor 'generation' på begge måder her.

fastholdelsen af et bestemt objekt bliver afgørende for, hvad CALM kan sige om at modvirke tab af muskelmasse, men også for hvordan ældreliv, aldrende kroppe og subjektiviteter praktiseres i CALM.

Flere af de forsøgspersoner, som jeg interviewede, beskrev sig selv som en del af en særlig generation⁴⁴, der ikke alene har haft et privilegeret og mulighedsfyldt liv i sammenligning med andre generationer, men som også forventer og håber for alderdommen, at de vedblivende skal være aktive både fysisk og i forhold til nye interesser indtil den fjerde alder⁴⁵. Altid med dem selv som primus motor. Der herskede en forståelse af, at de har *"levet i den bedste tid"*, som tre forsøgspersoner formulerede det uafhængigt af hinanden. En af disse var forsøgspersonen Kathrine, som er en af hovedpersonerne i afhandlingens afsluttende kapitel 8. Kathrine beskriver sit liv som en opadgående kurve.

Kathrine: Jeg er simpelthen vokset op i opgangstider. Det har altid gået opad og fremad. Når jeg ser på andre generationer, så har det været en fantastisk tid at vokse op i, jeg tror det har gjort noget ved en, alle muligheder ligger jo for en.

- Interview 8. december 2014

Kathrine, der på interviewtidspunktet havde en kronologisk alder på 65 år, har altid haft en følelse af, at alle muligheder var til stede⁴⁶. Denne forståelse af at være en del af en særlig generation harmonerer med, at Kathrine voksede op i den danske velfærdsstats såkaldte "guldalder" i 50'erne og 60'erne, hvor der var økonomisk vækst, hvor den offentlige sektor voksede, og hvor arbejdsløsheden var lav (eg. Lidegaard 2009). I hendes eget tilbageblik har Kathrine næsten altid kunnet vælge dét, der passede hende bedst, primært i forhold til uddannelse og arbejdsliv. Hendes liv har været formet af en vedvarende mobilitet, opad og fremad. Som ganske ung startede hun med at læse medicin, men det holdt hun hurtigt op med igen, fordi hun "ikke kunne klare al den sygdom og død" (interview december 2014). Så begyndte hun på Filmvidenskab, fordi hun jo skulle gøre noget, som hun selv siger, og så var det et nyt og spændende fag. Hun tog først faget som bifag og nåede dernæst halvvejs til magister. Men så fik hun børn, tre i alt, og hver gang hun kom tilbage fra barsel, sad der nogle nye 18-årige, og dem havde hun intet til fælles med. Så Kathrine sprang fra. Senere i livet startede Kathrine en fritidsklub, der hvor hendes børn gik i skole. Der var ingen til

⁴⁴ Hvor jeg kan være skeptisk over for brugen af generationsbegrebet, idet det netop forudsætter nogle fællestræk og forskelle som prægning, præskriptive kategoriseringer, bruger mine informanter ofte begrebet i interviews. 'Generation' optræder således først og fremmest i analysen som et emisk begreb.

⁴⁵ Den fjerde alder er beskrevet som det stadie af livet, hvor forfaldet sætter ind (jf. Laslett, 1987). Dette sker senere og senere, efterhånden som gennemsnitslevealderen også er stigende (jf. Lassen 2014).

⁴⁶ Nyere forskning understøtter dette billede: De unge i 20'erne og 30'erne er i gennemsnit fattigere end tidligere, mens det er de ældre (omkring 67 år) med pensionsopsparing og boligformue, som både økonomisk og socialt er bedre stillet end resten af befolkningen (Berlingske Tidende 23.8.2016, Zetland 25.9.2017, Information den 13.6.2018).

at tage sig af børnene, når skoledagen var forbi, og forældrene var på arbejde, så hun og nogle andre forældre søgte og fik tilskud fra kommunen til at grundlægge fritidstilbuddet. Hun blev selv fastansat. Senere blev hun hyret til at skrive en bog, og tog nogle kurser i datalogi om aftenen. Hun blev dernæst ansat af et stort hospital til at lave et online allergileksikon. Da det på grund af en masse forviklinger gled ud, blev hun ledig. Det var i halvfemserne. Hun var bekymret for aktivering, men blev grundet sit langvarige arbejde med børn tilbudt en læreruddannelse. Der var lærermangel. For at prøve noget nyt tog hun et sprogfag som linjefag, men holdt sig derudover til det naturfaglige, som hun vidste, at hun var god til. Hun fik efter endt uddannelse en stilling på en skole, som lå tæt på den nu voksne yngste datters hjem. På den måde kunne hun også hjælpe med at passe børnebørn. Det var den stilling, hun var i, indtil hun gik på pension det samme forår, som den kliniske intervention startede. Det er altså særligt i forhold til uddannelse og arbejde, og hvordan dette har kunnet kombineres med familielivet, at Kathrine retrospektivt beskriver sit liv som mulighedsfyldt. Kathrines fortælling er således repræsentativ for de fleste af mine informanter på den måde, at hun har sprunget mellem jobs og uddannelser. De muligheder, hun har haft, opfatter hun desuden som afhængige af velfærdssamfundets indretning og udvikling: *"Og jeg er fra før adgangsbegrænsningen. Så det var fest og farver. Alt var muligt."* (Interview december 2014).

Det er ikke alle mine informanter, der har en videregående uddannelse eller er faglærte, men langt de fleste har mindst én uddannelse eller har bestrebet flere forskellige jobs, der på daværende tidspunkt ikke nødvendigvis har krævet en officiel uddannelse. Forsøgspersonerne Finn (68) og Niels (78), som jeg ligeledes vender tilbage til i et senere kapitel, er andre oplagte eksempler på dette. Finn blev som helt ung udlært kemigraf, og tog job på den kommunistiske avis *Land og Folk*. Her var der imidlertid forventet, at man støttede partikassen med en vis procentdel af sin løn. Da Finn ikke var villig til det, blev han fyret. Han uddannede sig sidenhen inden for varme og teknik. Han fik job i et boligselskab, og var ansat der indtil pensionsalderen, først som vicevært og senere som leder for vedligeholdelse af flere almene boliger (interview marts 2015). Niels påmønstrede som helt ung et fragtskib og blev uddannet dækmatros, men endte sit arbejdsliv med at bestride et topjob i flybranchen (interview juli 2014). Hvor disse fortællinger således mestendels handler om uddannelsesmobilitet, er mobilitet i forskellige former noget af det, de fleste af mine informanter fremhæver som karakteristisk ved deres liv. De har enten rykket sig socialt eller geografisk eller har blot skiftet bolig mange gange. Det mønster fortsætter efter pensionen, hvor en del af forsøgspersonerne skaber nye hjem og lokale og sociale tilhørsforhold, uden at de nødvendigvis vælger en bolig, som skal stå mål med en ringere fysisk mobilitet, hvilket er en central pointe i forhold til de allerede igangværende aldringsforsøg, som CALM-projektet har brug for. Deres fortællinger handler sjældent om forfald. Det er ligeledes en pointe, som jeg vender tilbage til i afhandlingens tredje del.

I den forstand karakteriserer de forsøgspersoner, der deltager i CALM, sig selv som værende mobile forstået på den måde, at de både flytter sig fysisk, geografisk og socialt, men også vedvarende finder sig i stand til, har fået muligheder for og anskuer det som væsentligt at agere i forhold til ellers umiddelbart fastlåste vilkår. Som jeg diskuterede i det forrige kapitel, er det også en central metodisk pointe, hvordan forsøgspersonerne over for mig lægger vægt på, at de intervenserer i eget liv. At de fremhæver disse karakteristika, hænger øjensynligt sammen med mine engagementer i interventionen og mine relationer til forsøgspersonerne ved hjemmebesøg og vores fælles støbninger af de livshistoriske interviews. Samtidig er det en væsentlig pointe for min undersøgelse, at det netop bliver den agerende, selvintervenerende forsøgsperson, der er brug for i CALM, for at interventionsprotokollen kan omsættes til potentielt meningsfulde og integrerbare livstilsændringer.

Variationer af det selvintervenerende ældre liv

Selvom forsøgspersonerne overordnet tænker og fremhæver sig selv som en del af en generation, der har haft gunstige livsvilkår, artikuleres igangværende ældre liv som forskellige blandt andet i relation til klassetilhørsforhold og økonomi. Forsøgspersonen Gertrud (72) fremstår således som Kathrines modpol i den forstand, at hverken hun eller hendes afdøde mand fik formel uddannelse, hun gik ud af skolen, da hun var fjorten år, og hun oplever sit nuværende liv som begrænset af relativ fattigdom: *"Jeg får jo folkepensionen til at række, for jeg bor her billigt. Det koster 3400 med varme, vand og kabel og hele baduljen. Så lidt kan jeg endda give til mine halvfattige børn og mit barnebarn, men ikke så meget som jeg gerne ville."* (Interview november 2014). Gertrud har ikke levet et liv, hvor der var råd til sommerhus med havudsigt i Danmark, to helårsboliger og en beboeraktie i et kollektivt sommerhus i et sydeuropæisk land. Alt sammen noget, der er tilfaldet Kathrine, til trods for, at hverken Kathrine eller hendes mand har haft specielt vellønnet arbejde. Gertrud har boet hele sit voksne liv det samme sted i en meget lille og meget mørk lejlighed i et af Københavns mere socialt belastede kvarterer. Lejligheden fik hun og hendes nu afdøde mand tildelt af kommunen under forudsætning af, at de indgik ægteskab. Med deres første barn på armen blev de således gift på rådhuset. Gertrud er dog en undtagelse fra resten af mine informanter, der, trods forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, næsten alle giver udtryk for, at de har en forholdsvis privilegeret tilværelse i form af egen bolig, råd til at rejse og lignende⁴⁷. Gertruds liv har heller ikke været karakteriseret af mobilitet. Når jeg refererer til Gertrud her, er det, fordi hun fortæller, at hun kan føle sig ensom og alene, hun er stadig i

⁴⁷ En anden forsøgsperson kom ud og tjene tidligt i livet og kom fra fattig husmandsbaggrund, andre har haft hårdt fysisk arbejde livet igennem. Forsøgspersonerne har i den forstand haft meget forskellige livsvilkår, og jeg underkender ikke, hvordan strukturelle vilkår kan have betydning for aldringsprocesser. Det, jeg undersøger i dette kapitel, er imidlertid ikke så meget forskelle, som det er de fællestræk, der er medskabende for en forsøgspopulation.

sorg flere år efter, at hun mistede sin mand, men hun lægger vægt på, at hun kontinuerligt intervenserer og er aktiv i forhold til at undgå ensomheden. Gertrud har først og fremmest tætte bånd til børn og barnebarn, men hun kommer også dagligt i et aktivitetscenter, hvor hun er med til at igangsætte nye initiativer for ældre beboere i lokalområdet. Det vil sige beboere, som er ældre end hendes 72 år. Gertrud har altid sunget og spillet klaver, og det er særligt musikken, hun bidrager med.

Helene, en anden forsøgsperson, hvis kronologiske alder er 73 år, har ingen familie tæt på, i stedet har hun *"måtte stampe nye bekendtskaber op af jorden"*, som hun siger (interview november 2014). Ensomhedsfølelse gør sig også gældende for Helene. Helene har været bosat i et andet land end Danmark i 37 år og arbejdede der i rejsebranchen og som ejendomsmægler, siden hun som ganske ung rejste for at komme væk fra familien i Jylland og for at lære sprog. Hun havde egentlig aldrig tænkt på at komme retur til sit føde-land. *"Jeg havde jo mit liv derovre"* siger hun. Da hun blev 60, solgte hun alligevel alt, hvad hun havde, og flyttede først til Spanien og senere tilbage til Danmark. Hun bor for sig selv i et rigt kvarter, og er i en privilegeret økonomisk position: *"Jeg solgte jo mine ting og mit hus, så det er det, jeg lever af. Jeg handler aktier. Folkepension betaler ikke engang huslejen."* Helene savner i modsætning til Gertrud ingen konkret, men det er svært at finde sig tilrette alene et nyt sted, som Danmark også kan være for hende. Hun fortryder alligevel ikke at være vendt tilbage: *"[...] mange siger jo, at de skulle være flyttet tilbage, mens de kunne, og så er det pludselig for sent"* (interview november 2014). Helene agerer dog også for at komme ensomheden til livs, og hun har et større økonomisk råderum end Gertrud til at prøve nye ting. Helene har meldt sig til flere former for aktiviteter rettet mod hendes egen aldersgruppe: højskoleophold, bridge, byvandring og seniordating. Det er således slående for alle mine informanter uanset økonomisk baggrund, uanset det man kan karakterisere som klassetilhørsforhold og økonomisk formåen, at de italesætter sig selv som forandringsvillige og opsøgende. Det bliver således karakteristisk for den forsøgspopulation, som interventionen producerer, at forsøgspersonerne aktivt intervenserer i eget liv. Forskellige grader af oplevet ensomhed kan forsøgspersonerne have tilfælles, men de gør ligesom Gertrud og Helene alt for at komme ensomheden til livs. At man som ældre skal være agerende og (selv)intervenerende i forhold til egen livsførelse og livssituation bliver et tydeligt domesticeret imperativ, der blandt andet kan hvile på idealer om aktiv aldring i alle aspekter af livet.

Som jeg var inde på i indledningen, har en del studier inden for kulturgerontologien undersøgt, hvordan et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet i aldringsprocessen hænger sammen med de former for viden, som aldrende individer producerer i vedligeholdelse af deres eget helbred (se for eksempel Katz 2000). Få har imidlertid undersøgt, hvordan aktiv og sund aldring helt konkret muliggøres af flertydige subjektformer, der kontinuerligt i deres forskellige livsforløb har været mål for forebyggelsesinitiativer. Jeg argumenterer således for, at aktiv aldring ikke kun udvikles som en *synkronisering* mellem hverdagsliv og aktiv-

aldringspolitikker (Lassen & Jespersen 2015), men snarere bliver til i kraft af folkesundhedsmæssige domesticeringer af specifikke populationer, der grundet deres livsløb *selv* forventer at praktisere 'aktive' ældre. Med udgangspunkt i de livshistoriske interviews er det min pointe, at forsøgspersonerne hele livet har været subjekter for interventioner, der på varierende måder har haft deres livsførelse som genstand (Rose 2007; Wahlberg & Rose 2015). Det vil sige, at de i høj grad har taget folkesundhedens og forebyggelsens budskaber om vedvarende at intervenere i forhold til eget liv på sig, hvilket jeg uddyber og eksemplificerer i det følgende. Forebyggelsens budskaber er dog indlejret i en jævn strøm af informationer, der også til tider kan forekomme indbyrdes modstridende, og som derfor også kan gøre det vanskeligt at realisere interventionens protokoller, på de måder som de kliniske forskere havde forestillet sig det. Jeg tager således højde for, hvordan skiftende rationaler i forhold til sundhed og livsførelse bliver medkonstituerende for igangværende aldringsforsøg, og anskuer ikke som udgangspunkt den tredje eller den fjerde alder som selvberørende *faser*⁴⁸. Ruth, en forsøgsperson, som vi møder igen i kapitel 6, formulerer min pointe på en anden måde:

Ruth: Vi er en særlig gruppe. Vi ryger ikke, vi drikker ikke. Vi har meldt os selv.

Man skal have interesser. Har man haft et aktivt liv, så får man også en aktiv alderdom.

- Interview 7. januar 2016

Ruth indkapsler forsøgspersonernes aktive ageren i forhold til eget liv, de livslange selvinterventioner, som forsøgspopulationens vigtigste fællestræk. Med udgangspunkt i sig selv forklarer Ruth, hvordan forsøgspersonerne har *valgt* det sunde og aktive til livet igennem. I den forstand pointerer Ruth også kontinuitet mellem livsfaser som væsentlig for det gode (ældre)liv, noget jeg også senere vil tage op i kapitel 5 i relation til Kaufmans studie af det aldringsløse selv og relationer mellem aldrende kroppe og selv i forsøgsdeltagelsen. I det følgende diskuterer jeg dog yderligere, hvordan CALM har brug for, og domesticerer, mobile, opsøgende og selvintervenerende forsøgspersonerne, der ikke alene skal *kunne*, men også *ville* selv.

⁴⁸ Dette forhold har jeg yderligere diskuteret i indledningen. Jeg er opmærksom på, hvordan denne måde at forstå aldring i sammenhæng med resten af 'livet' også er historisk specifik og har analytiske konsekvenser. Hvordan denne anskuelse har betydning for, hvilke aldringsforsøg jeg dermed bidrager til, vender jeg tilbage til i afhandlingens konklusion.

Selvteknologisk domesticerede

I annoncematerialet for CALM, der i første omgang sendes ud til de store landsdækkende aviser med Københavns Universitets logo, beskrives en ganske bestemt forsøgsperson. [billede af annonce her?]

Til et forskningsprojekt på Københavns Universitet søger vi i øjeblikket forsøgspersoner. Projektet omhandler effekten af fødeindtag og styrketræning på muskler, bindevæv og fysisk funktionsniveau hos ældre borgere. Krav til dig: Du skal være mindst 65 år gammel, være rask og må ikke tage andet receptpligtigt medicin end kolesterolsænkende.

- CALM-annonce 2013

Den forsøgsperson, som efterspørges i annoncematerialet, er først og fremmest en fysisk velfungerende aldrende 'forsøgskrop' (jf. Jespersen 2011), der hverken er i behandling for kroniske eller akutte sygdomme eller er medicineret⁴⁹. Denne forsøgskrop hænger dog tæt sammen med muliggørelse af en bestemt forsøgspopulation (jf. Cohn 2016), hvilket jeg viser i det følgende og yderligere uddyber i det næste kapitel med mit fokus på, hvordan aldrende kroppe artikuleres i interventionspraksisser knyttet til Sportsmedicinsk klinik og særligt til arbejdet i det fysiologiske testlaboratorium.

I den kliniske interventions opstartsfasen sendes den oven for refererede annonce ud til ét stort landsdækkende dagblad. Senere kommer annoncen også til at figurere på det sociale medie Facebook og i lokalaviser, mens CALM-projektet omtales og indgår i programmer om sundhed og forebyggelse i både radio og på TV – blandt andet programmet "Madmagasinet" på DR1, hvor proteintesen⁵⁰ dækkes. De første 70 der henvender sig har alle set annoncen i en større dansk avis, og forsøgspersonen Jens (68 år) fremhæver, hvordan projektet som forskning eller videnskabeligt arbejde i første omgang fik ham til at fatte interesse for at deltage i CALM-projektet:

Jens: Sådan nogle forsøg interesserer mig. Jeg er jo også ingeniør. Det er teknologien i det, jeg kan godt lide at se sådan et maskineri virke. Jeg så annoncen i Berlingske Tidende. Jeg syntes jo, at det så spændende ud. Men for mig det kan jo også være en god måde at blive klog på min egen krop, både hvor jeg kan gøre mere, og hvornår jeg gør det godt nok.

- Interview august 2014

⁴⁹ Denne forsøgskrop, som artikuleres i flere sammenfildrede variationer vender jeg tilbage til i det næste kapitel, hvor jeg også vil diskutere relationer mellem population(en) og individuelle kroppe.

⁵⁰ Det vil sige, hvordan øget indtag af protein modvirker sarkopeni.

For Jens bliver forsøgsdeltagelse således både et spørgsmål om at fastholde selv- og kropsintervention og et spørgsmål om at fastholde et engagement i videnskabelige praksisser, der også havde været fundamentet for et interessant arbejdsliv, hvorfor han i høj grad lever idealer for aktiv aldring, der rummer forventningen om, at ældre også efter pensionen forbliver aktivt engageret i samfundet og i eget liv både fysisk, mentalt, socialt og seksuelt (se for eksempel Lassen og Jespersen 2015; Katz 2000; Katz & Marshall 2004). Netop engagementet i CALM-projektet som videnskabeligt forsøg var kendetegnende for flere af forsøgspersonerne, som på forskellige måder engagerede sig med forskerne, spurgte ind til procedurerne og også gerne klagede, når noget var uforståeligt eller gik deres egne ideer om forsøgsdeltagelse imod. Således klippede forsøgspersonen Erland alt ud af aviser, som han kunne finde omkring tab af muskelmasse og protein. Erland diskuterede gerne med forskerne, hvorvidt det var sundt for ham med proteintilskuddet, ligesom jeg i det forrige kapitel refererede, hvordan en forsøgsperson sendte klagemails til ARLA. Idet rekrutteringsannoncen havde til opgave at gøre opmærksom på CALM og mobilisere potentielle forsøgspersoner, så de kontaktede projektet, var det samtidig en krævende opgave for forskerne at styre og tilpasse de specifikke former for engagement til interventionens kliniske procedurer, hvilket jeg yderligere vil uddybe i afhandlingens to følgende kapitler.

For at vende tilbage til Jens handler forsøgsdeltagelse om at få indsigt i den konkrete vidensproduktion, men også om, hvilken form for viden den kliniske intervention producerer. Jens bliver en del af den kliniske intervention, fordi han i kraft af intervention kan få indsigt i sig selv, han kan få vigtige redskaber til selvinervention og dermed ligeledes mulighed for at arbejde med egen krop: *"[...] man bliver scannet indvendig, der er også muskelbiopsierne. På den måde kan jeg få et indblik i, om al den motion er forgæves [griner] ... Nej det ved vi jo, den ikke er. Jeg har levet fornuftigt, men CALM kan måske også få mig til at fastholde det"* (Interview med Jens 2014). For Jens hænger hans umiddelbare interesse for CALM sammen med, at interventionen kunne være et tilbud om meningsgivende aktivitet: *"[...] det er ligesom at gå til noget, og det er vigtigt at være i gang – særligt i min alder"* (Interview august 2014). En del forsøgspersoner meldte sig ligesom Jens til interventionen, fordi de anså CALM-projektet som en potentiel hobby. Eksemplet fra interviewet med Jens kan således også illustrere den markedsføring og forbrugisme, som kulturgerontologiske studier har peget på som karakteristisk for ældrepopulationen i vestlige lande (Gilead & Higgs 2007, Blaakilde & Nilsson 2014). Ældrebefolkningen konfigureres som en heterogen ny forbrugsvillig og forbrugsstærk gruppe, til hvem en hel række af nye produkter kan henvende sig, idet de som talstærk generation allerede er vant til at kunne "shoppe rundt" i tilbud fra både offentlige og private aktører. Det betyder imidlertid ikke, at Jens kunne dyrke hvilken som helst aktivitet. For Jens og også andre forsøgspersoner bliver CALM kun en potentiel hobby, fordi forsøgsdeltagelse kan give anledning til aktivt at intervenere i eget liv og egen sundhed. Jens forsøger endog at få sin kone, der på interviewtidspunktet var i behandling for en

kronisk lidelse, med i den kliniske intervention ud fra en forventning om, at de ville kunne træne sammen og forbedre deres fælles liv. Jens' kone deltog dog i flere ugentlige aktiviteter, og ville hellere have tid til sin line dance, som for hende var en anden måde at være aktiv på.

Selvom den kliniske forskning i sin praktiske, materielle udformning bliver noget nyt og fremmed for flere af forsøgspersonerne, hvilket jeg viser i det næste kapitel, så genkender de inkluderede forsøgspersoner således CALM-interventionen som både et selvintervenerende arbejde og en fritidsaktivitet. De kliniske forskere har samtidig brug for en forsøgspopulation, der tager forebyggelsens mål på sig. Realiseringer af protokollen krævede, at forsøgspersonerne deltog aktivt og 'gjorde det rette' i relation til en specifik forståelse af, hvad det gode ældreliv kunne være. Et ældreliv, som også er en del af den danske velfærdsstats overlevelsesstrategier ved at bidrage til, at eksempelvis sundhedssystemet ikke overbebyrdes jævnfør diskussionerne i afhandlingens indledning.

Forsøgspersonerne har været en del af interventioner på sundhedsområdet livet igennem på måder, som har været tilpasset deres kronologiske alder og deres konkrete livssituation. De sundheds- og forebyggelsestilbud, de har mødt, har i høj grad været forbundet til den kronologiske alder og det biologiske 'livsstadie', de har befundet sig på, hvilket jeg uddyber nedenfor blandt andet i relation til reproduktion. Den kronologiske alder hænger i den forstand nøje sammen med et tilhørsforhold til blandt andet staten (jf. Fortes 1984). Som sådan bliver interventionen i vidt omfang ét sundhedstilbud ud af flere. Forsøgspersonerne forbundt interventionen med, hvordan de tidligere havde været i kontakt med sundhedsvæsen og sundhedspersonel. Erland var som spæd model for en skulptur af en kvinde med barn, der står tæt ved Bispebjerg Hospital. Hans mor var indlagt, så en barneplejerske tog sig af ham. Erland beskriver det som om, at nogen greb ham dengang, og at det er forevigt i skulpturen, til trods for at han ikke husker det. Erland beskrev det ligefrem som "trygt" og "sjovt" at komme på Bispebjerg (Interview med Erland juni 2014)⁵¹, og for ham går der en lige linje fra dengang barneplejersken passede ham, til hans senere nu afsluttede kræftbehandling og den kliniske intervention i CALM. Ingrid på 72 år (interview december 2014), en anden forsøgsperson, sætter også CALM-projektet i sammenhæng med andre sundhedstilbud. Forskerne tager vare på hendes aldrende krop, ligesom sundhedsinstanser tidligere har taget vare på hendes yngre, reproducerende krop.

⁵¹ Bispebjerg hospital blev for Erland og flere andre af forsøgspersonerne forbundet med en række erindringspraksiser og erindringsgenstande, én havde en sten i lommen, som han også bragte med sig, da hans kone døde på hospitalet. Stenen gav ham ro. En anden cyklede turen til Bispebjerg, fordi hun var vokset op i området, og huskede, hvordan hun som barn legede der. Historien om Bispebjerg som erindringssted kunne også være fortalt i afhandlingen.

Ingrid: Og dengang stod sygeplejerskerne jo klar på hospitalet. De kunne lige se, nå Fru Rasmussen,⁵² du er førstegangsfødende, du har lige brug for at hvile dig, så tager vi barnet. Der kom også en fysioterapeut og hentede dig, hvis du havde brug for det. Og rødvinen, det er jo nærmest mytepræget i dag, man fik da tilbudt et enkelt glas rødvin for at holde jernprocenten oppe.

- Interview december 2014

Ingrid ved godt, at man i dag griner af, hvordan kvinderne før i tiden kunne få serveret alkohol på barselsgangen. Historien om rødvinen til barslende kvinder er et eksempel på, hvordan sundhedsanbefalingerne er skiftet. Som kvinde har Ingrid underlagt sig en række objektivering i relation til reproduktion og varetagelse af sine tre børns sundhed. Ved fødslen af det første barn tog sundhedspersonalet på barselsgangen vare på hendes efterfødselskrop, mens hun samtidig kunne overlade dem barnet. Det bliver en væsentlig analytisk pointe i afhandlingen, at det for flere af de kvindelige forsøgspersoner har været afgørende for både igangværende rutiner og kropsforhold, hvordan deres hverdagsliv i relationer til reproduktion og varetagelse af familiens sundhed vedblivende er en del af den offentlige, befolkningspolitiske dagsorden.

Kathrine: Jeg drikker ikke mælk, kun i kaffen. Jeg har aldrig kunnet lide det. Og jeg er så gammel, og vi startede i skolen og vi fik de der lyse mælkeflasker, og der lå altid sådan et eller andet ovenpå, det var så ulækkert. Men jeg drak skummetmælk som gravid og ammede. Det blev jeg anbefalet. Jeg tænkte ikke over hvorfor, det var nok for kalk. Mælk ind og mælk ud.

- Interview december 2014

For Kathrine var det indlysende, at hun drak mælk, da hun var gravid og ammede, selvom hun ikke brød sig om det. Hun ændrede på, hvad hun indtog, hun gjorde 'det rette', levede op til anbefalingerne og foretog en lille, men for hende væsentlig ændring af madvaner med henblik på at passe på både egen og børnenes sundhed, uden at hun dog helt kan gøre rede for hvorfor. På samme måde nævner alle mine informanter for mig, at de spiser sild til frokost dagligt, og desuden generelt spiser magert og meget fisk. I relation til kost og ernæring, som også er en del af CALM-projektets dagsorden, bliver det som nævnt tydeligt, hvordan forsøgspersonernes liv er informeret af række konkrete sundheds- og forebyggelsesråd, som de over for mig gerne vil vise, at de fastholder og lever efter. For forsøgspersonerne er møder med sundhedssystemet som et system, der ikke kun behandler sygdom, men som også griber ind i og former hverdagslivet således ikke noget nyt. Med det enkelte menneskes liv i centrum bringes en større proces videre, der handler

⁵² Efternavnet er et pseudonym

om at opbygge befolkningens sundhed. Det gælder ikke alene kvindernes liv i relation til reproduktion og familieliv, men forsøgspopulationens levede liv som sådan. Mine informanter lægger vægt på, at de lever og har levet liv, hvor det handler om at have: *"[...] hverdag med aktive rutiner. Altså både i forhold til arbejde og frivillighed, men også sådan med lidt morgengymnastik, at gå i haven. Den slags"* (Interview Jens august 2014). Der bliver altid noget at fastholde og forbedre.

Den konkrete kliniske intervention i CALM er for forsøgspersonerne blot én af flere i forsøgspersonernes vedvarende interventioner. Som tidligere nævnt fokuserer Foucault i sine konceptualiseringer af selvteknologier netop på de måder, hvorpå individer sættes og sætter sig selv i stand til at intervenere i eget liv, egne kroppe og i deres relationer til andre for vedblivende at konstituere sig selv som frie, rethandlende subjekter inden for specifikke diskursive regimer (Foucault 1988:28-29). Det handler om selvtransformationer og transformationer af hverdagspraksisser, der har mål i disse, men som også fører ind i formningen af (skiftende) populationer (jf. Foucault 2003:243, Rose & Wahlberg 2015). Livsstils- og sundhedsinterventioner bliver vedvarende en del af de ældre forsøgspersoners hverdagsliv, helt konkret som når forsøgspersonerne tager kostråd om at spise fisk til sig, men også idet de finder behov for at arbejde med og vedligeholde deres kroppe i CALM-projektet og i andre sammenhænge, hvor de møder tilbud om at være fysisk aktive. Imidlertid er min pointe, at det ikke kun bliver aktiv aldring som fysisk aktivitet eller som samfunds- og arbejdsmarkedsdeltagelse og engagement, men snarere som vedvarende og vedblivende selvintervention, der kommer til at stå som centralt i de igangværende aldringsforsøg, som afhandlingen studerer og bidrager til.

Det er min pointe, at forsøgspersonerne, idet de bliver en del af CALM, allerede er formet som interventionssubjekter. De er selvteknologisk domesticeret i alle faser af deres liv. Den selvintervenerende og dermed intervenerbare forsøgsperson er mulig, fordi de aldrende kroppe og ældre liv altid allerede er problematiseret og problematiserende (jf. Damsholt og Petersen 2014). Det skal forstås på den måde, at kroppe og hverdagsliv kontinuerligt formes og interveneres i, men også at de derved tager del i en problematiseringsproces og er med til at generere de aldringsforsøg, de bliver en del af (Damsholt & Petersen 2014:5). Som Hulvej Rod argumenterer for, er det kausale regelmæssigheder på befolkningsniveau, som danner grundlag for forebyggelsens retning, men i interaktionen med konkrete liv støder folkesundhedsinterventioner "uvægerligt ind i nogle livshistorier, der med deres egne retninger går på tværs." (Hulvej Rod 2010:236). Det at forsøgspersonerne har været objekter for forebyggelsesinitiativer og sundhedsinterventioner gennem hele livet og dermed tolker og praktiserer disse på forskellige måder, kan i den forstand få betydning for, hvordan interventionsspecifikke kroppe, rutiner og aldrende selver formes. Jeg undersøger således i de følgende analytiske kapitler, hvordan domesticeringsprocesser også kan forstås som materielle og kropslige. Forsøgspopulationen som selvteknologisk domesticeret indgår i artikuleringer af bestemte

aldrende kroppe, der på en gang gør det muligt og udfordrende at undersøge aldersrelateret kropsligt forfald som sarkopeni, hvilket jeg analyserer i det næste kapitel. I den forstand handler afhandlingens undersøgelser ligeledes om, hvordan umiddelbart forskellige politiske og videnskabelige folkesundhedsagendaer formes, spiller sammen og kommer til *at virke* som aldringsforsøg i praksis i konfigureringer af et flertydigt videns- og interventionsobjekt. I det næste afsnit vil jeg dog yderligere uddybe, hvordan det blev tydeligt i mine interviews, at forsøgspersonerne i høj grad anskuer deres deltagelse i CALM som et udgangspunkt for at sikre, at de kan forblive intervenserende i forhold til eget liv.

”Man kan faktisk godt tage sig sammen”

For Ruth skaber aldringsprocessen nogle helt konkrete begrænsninger af fysisk og social art. Alligevel lægger Ruth vægt på, at man (og her taler hun om alle ældre) trods eventuelt færre kræfter eller kropsligt forfald er forpligtet til i det mindste at prøve at gøre, hvad man hidtil har kunnet. Dette peger på den dobbeltthed af forfald og aktivitet, som jeg diskuterer i indledningen, og som jeg vender tilbage til i næste kapitel.

Ruth: Det er simpelthen bare lige at gøre det. Det kan godt være at det bliver lidt skævt, men man har bare gjort det. Og så skal man ikke sidde, og så er det synd for en, og så kommer man i Politiken. Man skal passe på ikke at gøre sig til et offer. Man kan faktisk godt tage sig sammen.

- Interview januar 2016

Der findes forskellige ideologisk prægede årsager til at ville klare sig selv. Ruth, der ikke lægger skjul på, hvor hun befinder sig på et politisk spektrum, sætter muligvis pointen på spidsen. I citatet refererer hun til, at man skal blive ved at invitere gæster og dække et fint bord, også selvom det ikke helt bliver som planlagt, fordi man som ældre ikke nødvendigvis har samme kræfter som tidligere. For Ruth handler det også om, at aldring ikke må blive en tilstand af *afhængighed*, men netop det kontinuerlige rum for handling og aktiv selvintervention og ageren i forhold til eget liv. Samtidig fodrer selvintervention og selvskabende praksisser paradoksalt nok ofte en instans, en vejleder, en 'anden', som kan yde opbakning og omsorg, som kan vide og kontrollere eller udarbejde passende retningslinjer for individuel livsførelse inden for et bestemt regime af værdier eller sandheder (Foucault 1988:47). For Karl kan interventionsforskerne blive sådanne vejledere. Forsøgsdeltagelse bliver en mulighed for at få hjælp til at forpligte sig på et sundt liv og et langt liv. Han ønsker allermest, at nogen holder øje med ham.

Karl: Der er ingen, der passer på dig længere. Jeg frygter døden, jeg frygter sygdomme mere end noget andet. Min mor, hun blev indlagt på sygehuset

med svingende feber. Det viste sig at være tyktarmen. Så kom hun på Riget, en dag eller to, hun fik diagnosen der. Det var kræft. Det havde allerede bredt sig til leveren. Da var det for sent. De er heldigvis blevet mere emsige. Kræftpakken er godt. Man skal sendes videre med det samme. Det er vigtigt at kende sine kræfter her i livet, man skal gøre, hvad man kan.

- Interview januar 2016

Karl går til tjek på et dansk privathospital ti gange om året. Det gør han, fordi han vil *"komme døden i forkøbet"*, som han udtrykker det, hvilket også kan ses i forbindelse med den biomedikalisering af aldring, som jeg omtalte i indledningen, der har gjort aldring til en risikofaktor. Karl stoler ikke længere på det offentlige sundhedssystem. Det handler ikke nødvendigvis kun om forbrugerisme, men ud over en meget udtalt dødsangst hænger Karls forbrug af private sundhedsydelser sammen med en forventning om at blive guidet i sin selvintervention. Karl deltager i den kliniske intervention af samme årsager: *"For mig at se passer forsøget jo på en, sådan som sundhedssystemet burde. Det er ikke nok, men det er noget."* Selvom flere af forsøgspersonerne ligesom Karl således anskuer interventionen som en mulighed for at blive guidet og passet på, så er der forskellige ønsker til, hvordan denne guidning, kontrol eller omsorg skal finde sted. Denne pointe uddyber jeg ligeledes i kapitel 5, som udover at handle om forholdet mellem selv og krop i aldringsprocesser også handler om forholdet mellem interventionsspecifikke objektiveringer og mulige subjektiveringer.

Som jeg har vist, er det således en afgørende pointe for afhandlingen, at forsøgspersonerne i den kliniske intervention selv er deltagende i de diskurser og rationaler omkring aktiv aldring, som også involveres med og artikuleres i CALM-projektet. Forsøgsdeltagelse handler både om en specifik formning af befolkningssolidaritet (jf. indledningen og Moreira 2016) og om vedvarende selvteknologisk domesticering. Forsøgspersonerne har som selvteknologisk domesticerede bios-borgere kontinuerligt været med til at forme idealer for aktiv aldring, ligesom de er med til at forme konkrete styringsteknologier og praksisser, der relaterer sig til domesticeringen af særlige måder at blive ældre på. Som jeg var inde på i indledningen, bliver det derfor også centralt for nærværende afhandling at undersøge igangværende selvteknologisk domesticerede ældre som flertydige frem for determinerede af en bestemt aldringspolitisk agenda. Dette har jeg til dels vist i forhold til Helene og Gertrud, men jeg udfolder ligeledes denne pointe i afhandlingens andre kapitler i forhold til både kroppe, selvforhold og rutiner.

De selvteknologisk domesticerede og deres "anden"

Ved domesticering forstår jeg som tidligere nævnt netop en aktiv formning: at forsøgspopulationen bliver medproducerende for bestemte måder at blive ældre på, idet CALM-interventionen også vedvarende domesticerer nye aldringsforsøg. I og med forsøgsdeltagelse forbindes forsøgspersonerne som en gruppe af individer, for hvem alle muligheder er åbne, men samtidig som individer, der vedblivende har ansvaret for at forme sig selv gennem disse muligheder, at holde interventionsrummet åbent ved at intervenere i og tage vare på deres kroppe, at dyrke sociale relationer og deltage i aktiviteter og hobbies som eksempelvis CALM-projektet. Forsøgspopulationen er som nævnt allerede interventionsobjekter og -subjekter, og det er i kraft af dette, at populationen bliver intervenerbar. I den forstand er forsøgsdeltagerne også med til at skabe en standard for aldring, som ikke nødvendigvis kan inkludere alle måder at blive ældre på.

Helene: Når jeg kigger på andre mennesker, tænker jeg, hvorfor kan de andre ikke gøre noget ved sig selv. Se så ungdommelige ud som muligt. Folk kan jo stadig vende sig om på gaden efter mig.

- Interview november 2014

Helene er i egen optik vedholdende i forhold til at passe på sig selv; hun spiller både tennis og laver gymnastik på stuegulvet næsten dagligt. Helene forstår ikke, hvordan det kan ligge så fjernt for andre at passe på sig selv, at dyrke krop, helbred og udseende. Hun fremhæver sig selv som modsætning til sine søskende, der ifølge hende både drikker og ryger for meget. Hun er skuffet over dem. Helene anskuer de fysisk og socialt inaktive på alder med hende selv som nogle der bevidst eller ubevidst gør det forkerte, de bliver "the villains of old age" (Towsend, Godfrey & Denby 2006). Det er imidlertid ikke kun det, at nogle af Helenes tætte relationer og bekendtskaber er inaktive, det er et endnu større problem, at de aldrig har intervenseret og ageret i forhold til deres eget liv. Det går Helene meget imod, at de ikke ændrer på de ting, som i hendes optik skaber dårlige liv.

Helene: Familien, de er jo anderledes. De bor i Jylland. Vi har ikke så meget tilfælles, selvom jeg er den ældste af fem. Men jeg ser yngst ud. De er storrygere, og min lillebror er lige død. 'Sådan gør vi i DK', siger min søster, og retter på mig, så det står efter. Jeg er meget skuffet over hendes udseende, jeg er meget skuffet over hende, fordi rygning dræbte mine forældre. Jeg kan jo heller ikke se mig selv bo det samme sted i mange år. Jeg kan jo altid lukke lejlygheden af og sige, nu tager jeg en måned til Spanien. Jeg synes ikke, man skal være for stavnsbundet, sådan som min søster er.

- Interview 25. november 2014

Helene anskuer sin familie som stavnsbundne og dermed som passive og hjælpeløse. Hvor mobilitet af de fleste af forsøgspersonerne og herunder af Helene italesættes som afgørende for det gode (ældre)liv, så har det ikke, ifølge Helene, været vigtigt for hendes søskende at flytte sig. Helene mener, at de altid på alle måder har ladet stå til. Desuden ryger de, selvom de ifølge Helene burde vide bedre. Når man ikke interverner, er fysisk aktiv og eksempelvis stopper med at ryge i ordentlig tid, bliver man selvforskyldt udsat eller offer for aldringsrelateret forfald.

Helene: Jeg kan se, at folk brækker hofter og knæ og slår sig. Det er jo begyndelsen til enden.

- Interview 25. november 2014

Det er ikke for Helene en grund til at deltage i CALM at intervenere i andres liv, men i stedet at undgå at ende som dem, der "rammes af alderen", som hun formulerer det (interview november 2014). Forsøgsdeltagelse handler for Helene om ikke at ende som 'de andre'. En anden forsøgsperson Finn, som vi møder igen i kapitel 7, påpeger selv, hvordan han holdt op med at ryge, hvilket har reddet ham fra at få en dårlig alderdom.

Finn: Jeg har jo røget som en skorsten før i tiden, jeg har røget siden jeg var 16 år og stoppede for otte år siden. Nej syv år. Der stoppede vi begge to. Og det har så medvirket, at jeg har fået noget KOL. Og det har så vist sig, at min lungekapacitet er nedsat med 30 procent. Så gudskelov at jeg stoppede med at ryge, ikke. For ellers havde jeg jo været handicappet, hvor du ikke kan trække vejret. Men det er sgu godt, at jeg stoppede. For ellers: andre de bliver jo forpustede og kan ikke trække vejret.

- Interview 10. marts 2015

Finn har intervenseret i tide, han har selv gjort noget få ikke at få en dårlig alderdom. Når Finn bliver forsøgsdeltager, er det således også, fordi han i egen optik bidrager til, at andre ældre ikke rammes af forfaldet eller af sygdomme og bliver afhængige af andre. Interventionen gavner måske en "population", nye måder at ældes på, men ikke nødvendigvis forsøgspersonerne selv i første omgang. For Finn som for flere af de andre deltagere handler det således også om at intervenere i aldring generelt, at skabe bedre aldringsprocesser for andre end ham selv. Interventionen får dermed en tidslighed potentielt udstrakt i det uendelige, forsøgsdeltagelse bliver et projekt, som ikke altid ender med forsøgspersonerne selv, hvilket igen

understøtter pointen om, at den selvteknologiske domesticering, som i CALM bliver en forudsætning for nye aldringsforsøg, også har et befolkningspolitisk sigte.

Finn: Du ved, jeg møder jo en del ældre mennesker, eller bare mennesker på min alder, og de kan ikke gå, de har brug for alle mulige hjælpemidler. Det ville være rart, hvis jeg kunne være med til at ændre det på længere sigt.

- Interview 18.januar 2016

Det bliver derfor ligeledes passive ældre, der reflekterer og forstærker CALM-projektets målsætning og dermed kontinuerligt bliver medkonstituerende for aldring som videns- og interventionsobjekt også i de kliniske praksisser. Som opsamling på kapitlet og som udgangspunkt for den efterfølgende analyse vil jeg argumentere for, at denne forstærkning fungerer på flere niveauer og har konsekvenser for interventionens protokoller og procedurer og i sidste ende for, hvilke aldringsprocesser CALM bidrager til.

Opsamling

I kapitlet har jeg vist, hvordan de kliniske aldringsforsøg konkret *"performer connectedness"* (Cohn, 2016:33) eller et særligt 'vi' (Nissen, 2012) ved i den strategiske formning af en bestemt forsøgspopulation vedblivende at gøre det selvintervenerende (ældre)liv til en mulighed. Som citater fra interviews med blandt andre Ruth og Kathrine bliver et udtryk for, har forsøgspersonerne en klar fornemmelse at tilhøre en særlig gruppe og også en generation, der bliver i stand til at praktisere selvintervenerende liv, velfungerende fysisk aktive kroppe og dermed udsætte konsekvenserne af et uundgåeligt aldersrelateret forfald eller med andre ord udsætte den fjerde alder. Forsøgspopulation konstitueres og konstituerer sig dermed som et selvteknologisk domesticeret biopolitisk subjekt, hvis livslange selvinterventioner udgør et succes-kriterium for den kliniske intervention i CALM. Forsøgspersonerne har lært at arbejde med sig selv og deres kroppe i kraft af sundhedsinterventioner og forebyggelsesinitiativer gennem et helt liv. Flere af de kvindelige forsøgspersoner har gået til fødselsforberedelse og efterfødselstræning, forsøgspersonerne har levet med kostråd og gymnastik i radioen i et helt liv, og private sundhedstjek, forebyggende scanninger og kræftpakker har haft betydning for, hvordan forsøgspersonerne navigerer i og intervenserer i forhold til eget liv, og herunder i forhold til egen krop og helbredstilstand.

Som modsætning til forsøgspopulationen artikuleres der i interviews med forsøgspersonerne også en passiv, og i CALM-projektet ubekendt 'anden' ældre. Den ubekendte ældre lever som uhensigtsmæssigt aldrende ikke op til anbefalinger om hverken sund eller aktiv aldring og artikuleres således samtidig som aldrende kroppe, der har behov for livsstilændringer ifølge både forsøgspersonerne og CALM-projektets

design og protokoller. Dog er disse kroppe, som jeg viser i det følgende kapitel aldrig fysisk tilstede i den kliniske intervention, ligesom al viden om 'dem' forbliver fraværende fra interventionen. Trods dette fremstår den ubekendte ældre både som udgangspunkt for CALM-projektets hypotese om aldersrelateret tab af muskelmasse og som målgruppe for de evidensbaserede sundhedsanbefalinger og strategier for livsstilændringer, der skal være CALM-projektets endelige bidrag. I den første CALM-ansøgning er det således beskrevet at: *"Loss of muscle mass and function among the elderly is a paramount problem"* (CALM Application 2013). Forudsætningen for CALM og for den RCT-baserede intervention bliver i den forstand, at det er muligt at forbedre og vedligeholde ældrebefolkningen forstået som en helhed ved at dæmme op for det, der i projektets optik bliver uhensigtsmæssig aldring. Det er CALMs sigte at intervenere i forhold til *alle* ældre, at gøre en aldrende befolkning i stand til at passe på egne kroppe ved hjælp af træning og protein, således at de får mindre eller intet behov for sundhedsydelser. Mit ærinde her er dog ikke så meget at pege på CALM-interventionens universaliserende eller totalitære potentiale. Ved at introducere Laws grundlæggende ideer om, hvordan videnskab også bliver verdens- eller virkelighedsformende i kontinuerlige dynamikker mellem det, der gøres nærværende, og det, der gøres fraværende i forskellige praksisser (Law 2004b:84-85), vil jeg argumentere for, at den kliniske aldringsforsøg blandt andet kommer til at virke ved, at den ubekendte ældre som 'andethed' bliver definerende for de aldringsprocesser, som CALM kan studere. Den uhensigtsmæssigt aldrende, der forholder sig passivt til aldersrelateret forfald, både legitimerer CALM-projektet og motiverer til forsøgsdeltagelse. I den forstand kommer denne ubekendte ældre på sin vis til at bekræfte aktive, selvintervenerende aldringsprocesser som 'rigtige måder' at blive ældre på. En afgangspointe i dette kapitel, som jeg også tager med mig videre, er således, at det ikke er individuelle, biologiske kroppe, der *udgør* forsøgspopulationen i den kliniske intervention. I stedet vil jeg argumentere for, at forsøgspopulationens fællestræk og forbundethed også gensidigt muliggør og udgrænser bestemte kroppe og kropslige specificiteter gennem materielle teknikker og praksisser (jf. Cohn 2016).

Kapitel 4: Aldrende kroppe i laboratoriet⁵³

Indledning

På Sportsmedicinsk klinik har de forskere og studerende, som jeg møder i mit feltarbejde, stort set alle fået foretaget muskel- og vævsprøver på egne kroppe. Forskerne dyrker desuden selv sportslige

⁵³ Udviklingen af det analytiske koncept i nærværende kapitel startede i et samarbejde med sociolog og ekspert i aldringsstudier Tiago Moreira.

kraftpræstationer i forskellig skala⁵⁴ og lader sig også ofte teste i fysiologilaboratoriet. Jeg befinder mig derudover ofte i laboratorierne på klinikken med en idrætsfysiolog, som løber maratonløb og holder sig opdateret om sin krops tilstand ved jævnligt at få foretaget prøver og herunder muskelbiopsier. Muskelbiopsierne får han ikke kollegaerne til at tage, mens de er på arbejde, han deltager derimod jævnligt selv i randomiserede kliniske forsøg. Samtalerne på klinikken, i såvel laboratorierne som i frokoststuen, handler derfor også ofte om, hvordan man sikrer den rette mængde næring til kroppen før et stort løb. Mandag morgen jokes der om ømme muskler og gode som dårlige løbetider.

Fysiologilaboratoriet har været og er fortsat centralt i forhold til formningen af atletens krop som en modelorganisme, der kan bruges til at skabe viden om fysisk aktivitet og en form for ideel sundhedstilstand (Johnsson 2013; Scheffler 2011). Antropologen Andy Johnson viser, at atleten som modelorganisme og den viden, der frembringes med udgangspunkt i denne modelorganisme, understøttes af atletens og fysiologens fælles praksis, deres fælles interesse for fysisk aktivitet og en (ofte uarticuleret) fælles erfaring med, hvordan kroppen reagerer under pres. Johnsson peger på, at fysiologer og atleter ofte deler en viden om fysiologilaboratoriets test-apparat. De indgår i, hvad hun beskriver som et *“community rooted in physical experience, a biosociality”* (Johnson, 2013:899). Denne ‘biosocialitet’⁵⁵ faciliterer en specifik vidensproduktion om kropslige maksimalpræstationer, som bliver til nye idealer for sundhed i det, Latour vil kalde ‘ready-made science’ (Latour 1987). Det vil sige, at atleten på flere måder er domesticeret som en standard for kliniske livsstilsinterventioner. CALM efterspørger imidlertid aldrende kroppe, der kendetegnes ved et muskulært forfald, fremfor atletkroppe i god fysisk form. Forfald bliver til en forudsætning for RCT-interventionen som kropslige, fysiologiske karakteristika, der kan og skal reageres på. Forskerne kender dog ikke altid rækkevidden eller konsekvenserne af forfaldet på forhånd. Når skrøbelighed og forfald viser sig i laboratorierne, så fører det derfor til nye og ofte ukendte udfordringer for både interventionsforskere og søgsdeltagere.

Hvor jeg i det forrige kapitel sammen med forsøgspersonerne diskuterede forsøgspopulationens fællestræk blandt andet i relation til interventionens rekrutteringskriterier, er det derfor nærværende kapitals analytiske formål at undersøge de normative og praktiske spændinger, som opstår, når arbejdet med at teste for tab af muskelmasse og teste metoder til at modvirke tab af muskelmasse pågår i laboratorierne på

⁵⁴ Hvordan dette berørte mit feltarbejde og udviklingen af analytiske fokuspunkter, reflekterede jeg over i afhandlingens kapitel 2.

⁵⁵ Biosocialitet er et begreb hentet fra Poul Rabinow (1996), der refererer til skabelse af sociale relationer og produktion af identitet på baggrund af genetiske eller biologiske karakteristika, som eksempelvis fremkommer eller gives i diagnosticering af specifikke sygdomme. Hos Johnsson er det interessen for sportspræstationen, den aktive, træned krop og kendskab til instrumenter og teknologier i det fysiologiske testlaboratorium, der binder atleter og forskere sammen og netop gør dem til en kropslig og biologisk funderet socialitet.

Sportsmedicinsk klinik. Jeg argumenterer for, at disse spændinger også bliver materielle, kropslige og i høj grad foranderlige, idet kliniske definitioner af et interventionsobjekt, af en bestemt aldringsproces og vedligeholdelse af en sådan synes både usikker, situeret og svær at forudsige – i modsætning til i aldringspolitikker, hvor aktiv og sund aldring er mere entydigt defineret.

Med udgangspunkt i observationer, samtaler og interviews foretaget på klinikken fokuserer jeg således på laboratoriepraksisser som kropslige artikuleringsprocesser (Latour 2004; Berg & Akrich 2004; Cohn 2016). Det vil sige, at jeg undersøger, hvordan forsøgskroppe konstituerer sig og åbnes op i relationer til målinger, tests og protokoller. Jeg undersøger samtidig, hvorvidt og hvordan interventionsspecifikke kropsartikulationer kan generere uventede og ofte ikke-intenderede relationer og effekter som et overskud af aldrende kroppe, der ikke nødvendigvis regnes som brugbare af de kliniske forskere (jf. Michael & Rosengarten 2012). Det kan være kroppe, som falder uden for de standarder for aldring, som den kliniske intervention kontinuerligt fastsætter. Kroppe, som enten bliver for entydigt skrøbelige eller aktive.

Kapitlet handler således om, hvordan en selvteknologisk domesticeret forsøgspopulation bliver medkonstituerende for aldrende kroppe og kropslige specificiteter, der gør det muligt for forskerne at arbejde med aldring i laboratoriet. Analytisk indkapsler jeg interventionens på en gang pragmatiske og dynamiske kompleksitet i tre typer af aldrende kroppe ved at tage afsæt i Laws såkaldte "method assemblage" (Law 2004b), hvori han diskuterer, hvordan forskning kan ordne sit genstandsområde ved at sammenfatte og fremstille situerede empiriske træk (ibid.:2-3). Jeg indfanger det, Law kalder "*the crafting or bundling of relations*" (Law 2004:84) i tre dele: a) kroppe, der artikuleres som disciplinerede og dermed nærværende og stabiliserede; b) kroppe, der bliver fraværende gennem interventionens procedurer⁵⁶. Til sidst vender jeg tilbage til c) kroppe, som bliver 'andetgjort', de ukendte aldrende kroppe (ibid.). Til trods for at Laws koncept egentlig er udviklet til at forstå samfundsvidenskabelige forskningspraksisser, har Law andetsteds netop understreget, hvordan forskellige metoder også i technoscience-projekter tager plads i og performer bestemte virkeligheder: "Applied in technoscience, the argument goes further; in fact, it is quite radical. It is that there is no important difference between stories and materials. Or, to put it a little differently: stories, effective stories, perform themselves into the material world — yes, in the form of social relations but also in the form of machines, architectural arrangements, bodies, and all the rest." (Law 2002:2). Det vil sige, at man kan tænke på (bio)medicinske interventioner som den i CALM, de specifikke metoder og data,

⁵⁶ Ikke at forveksle med filosofen Drew Leders klassiske fænomenologiske analyse af "fraværende kroppe" (1990), som kan forstås som "den funktionelle krop og de dele af den funktionelle krop, som forsvinder fra ens opmærksomhed, når man bruger dem i for eksempel cykling, løb, gang eller lignende" (jf. Bille 2012:192)

kliniske interventionspraksisser producerer i relationer til forsøgsdeltagerne, som effektive afrapporteringer om, hvad en 'rigtig' aldrende krop kan være, hvad den skal kunne, og hvorfor den skal kunne det.

Disciplinerede aldrende kroppe

I det følgende viser jeg, hvordan der i samspillet mellem instrumenter, tests, forskere og forsøgspersoner skabes en dynamik mellem to artikulationer af den aldrende krop; en aktiv krop og skrøbelig krop. Jeg undersøger, hvordan realiseringer af protokollen og dermed CALM-interventionens succes bliver afhængig af denne dynamik for at kunne forløbe så gnidningsfrit som muligt. Som sådan er der tale om en form for domesticering i form af tæmning eller disciplinering af kroppe i laboratorierne. Dynamikken mellem aktive og skrøbelige kropsartikulationer beror på disciplinerede, eftergivne kroppe, som refererer til de sammenhænge og situationer, hvor forskere, forsøgsdeltagere, instrumenter, procedurer – og ikke mindst forsøgsprotokollen – bliver i stand til at skabe uproblematisk, målbare resultater. Dette kan finde sted, når de ældre kroppe i vidt omfang gør, som det forventes af dem, hvor scanninger forløber uden at der påvises knogleskørhed, hvor muskelvæv kan hentes ud uden problemer. Med andre ord hvad interventionsforskerne normalt vil referere til som succesfuldt arbejde. Det kræver således stabile kroppe, kroppe der kan inkorporeres i en standard. Forsøgspersonernes kroppe undergår i disse tilfælde processer, som dem Foucault beskriver i sine analyser af den disciplinære magt (Foucault 1977). Kroppene manipuleres og måles og forbedres for at opnå større menneskelig effektivitet og forblive fysisk velfungerende og aktive. Som Foucault imidlertid selv har påpeget, bliver den disciplinære magt ikke altid i stand til at ensrette og kontrollere kroppe, magtrelationer indebærer og udvikler også forskellige former for modstand, hvorfor konstante tilpasninger af protokollen bliver nødvendige.

I de følgende analyser vil jeg derfor beskrive de forskellige og alligevel sameksisterende aldrende kroppe i laboratoriarbejdet. Selvom jeg således forholder mig til udvalgte informanter, er det væsentligt for mig at pointere, at jeg ikke anskuer skrøbelighed og forfald og på den anden side aktivitet som somatiske kvaliteter forbundet til enkeltindivider. Der er heller ikke nødvendigvis tale om modsætninger. I mit feltarbejde blev det tydeligt, hvordan den samme forsøgsdeltager på en gang artikuleres som forskellige kropslige karakteristika og ligeledes som variationer af en selvteknologisk domesticeret og selvintervenerede ældre i specifikke interventionspraksisser. De kroppe, jeg præsenterer i dette og de efterfølgende afsnit, skal derfor forstås som en typologi eller en analysemodel, der fungerer som en metode til at forstå, hvordan et bestemt interventionsobjekt formes, og hvilke konsekvenser det får for, hvad CALM 'fortæller' eller kan fortælle om aldring (jf. Law 2002 & 2004). Det grundlæggende for min analytiske tilgang i dette kapitel bliver således ikke klassificering endelig en påpegning af noget derinde (i laboratorierne, på klinikken eller i

'interventionen'), men et forsøg på analytisk at fastfryse situerede kropslige specificiteter, der på den ene eller den anden måde fremstår som afgørende for interventionsspecifikke aldringsforsøg. Kapitlet er bygget op sådan, at hver analyse eller vignette indledes med en observation eller sammenskrevne feltnoter, der er et eksempel på kropsartikulationer. I det følgende afsnit koncentrerer jeg mig om *aktive* aldrende kroppe.

Disciplinerede, aktive aldrende kroppe

På klinikken, i laboratorierne, artikuleres aldrende kroppe som *aktive* kroppe. Mens de ældre forsøgspersoner, som Anne i eksemplet nedenfor, gennemgår tests og målinger, justeres procedurer og protokol kontinuerligt til de aldrende kroppes specificiteter.

På vej over hospitalets udendørsarealer sammen med forsøgslægen og forsøgspersonen Anne til en anden afdeling, hvor DXA-scanneren befinder sig, siger Anne pludselig til lægen, at hun "[...] så absolut ikke kan få taget den der muskelprøve i dag efter scanningen, når du sagde sidst, at man helst skal slappe af bagefter". Hun danser tango hver tirsdag og således også denne. Henvendt til både lægen og mig tilføjer hun: "jeg ved ikke, om I forestiller jer, at man kan danse tango med et stift ben, men det kan man altså ikke, så den der muskelprøve må vente!" Hun leder tydeligvis efter opbakning hos mig, da hun måske kan mærke, at lægen er lidt irriteret: "Jeg kan jo ikke lave hele mit liv om for videnskaben, synes du vel?"

- Redigerede feltnoter fra feltbesøg på Bispebjerg, juni 2014

Anne er en af de allerførste forsøgspersoner, der inkluderes i den kliniske intervention. Hun er ikke den første, der er rekrutteret, men den første, der kan gennemgå de indledende tests herunder scanninger, blod-suktermålinger og muskelbiopsi. Samtalen mellem lægen og Anne bliver et eksempel på, hvordan aktive aldrende kroppe på én gang artikuleres i, men også domesticeres i form af en tæmning eller disciplinering, og i og med dette samtidig ændrer interventionens procedurer. Anne er tydeligvis vant til, at tingene går efter hendes hoved. Når hun indirekte beder om min opbakning, er det ikke, fordi hun føler sig kuet af lægens autoritet, eller fordi hun er flov. Det er snarere en manifestation af, at hun som forsøgsperson giver noget til den kliniske intervention, og lægen bør derfor være taknemmelig for hendes deltagelse. Det lægger hun vægt på over for både lægen og mig. Anne beskriver sig selv som en "fin frue". Hun kommer fra et velhaverkvarter nord for København, hun er slank og velplejet, altid med perfekt frisure og lakerede negle.

Hun taler til alle i forsøgslaboratoriet i en lidt hård tone, som om hun anklager dem for ikke at passe ordentligt på hende. Hun giver dem ordrer: "Hent mig et tæppe, kan jeg få et glas vand?". Hun er blidere ved mig, måske fordi jeg ikke skal røre hende. Hun er tydeligvis ikke komfortabel ved at blive rørt ved. Undersøgelserne virker grænseoverskridende for hende, til trods for at hun har arbejdet som afspændingspædagog i mange år. Hun er dog ikke vant til at være for tæt på andre, når hun ikke arbejder, og vægrer sig også ved de mange spørgsmål i spørgeskemaerne og ved de mange samtaler, der handler om alt fra hendes kropslige funktionsevne til livssituation. Det kommer for tæt på. Hun er vant til at være meget alene, og hun deltager i CALM, fordi hun gerne vil blive ved at kunne klare sig alene. Som jeg var inde på i det forrige kapitel, er det væsentlig for mange af forsøgspersonerne at kunne forblive uafhængig af pårørendes hjælp. Således også for Anne. Hun vil gerne blive ved at intervenere i eget liv, at klare hverdagens gøremål, og hun vil ikke ligge de yngre familiemedlemmer til last:

Anne: Jeg vil gøre noget godt for mig selv, og på den måde gør jeg jo også noget godt for andre. Altså, det må forstås sådan, at jeg passer på mig selv, så mine drenge ikke skal gøre det. Sådan er det. De skal forhåbentlig aldrig passe mig. Det er ikke et drømmescenarie.

- Interview 1.juli 2014

Måske derfor siger hun ja til alt, der har med de kliniske procedurer og tests at gøre. Med mindre altså noget i en given situation ikke lige passer hende. Jeg følger hende gennem hele interventionsperioden på halvandet år. I laboratoriet artikuleres Anne som en aktiv aldrende krop, en krop som ikke er mærket af forfald, men som kan fastholdes i at kontrollere og modvirke aldersrelaterede sundhedsproblemer til gavn for både Anne selv, men også et større kollektiv. På trods af det kan den kliniske interventionsforskning kun rumme og bruge *noget* af den aktive krop og det selvteknologisk domesticerede og selvintervenierende subjekt, som kropsliggøres i interventionens processer. Anne er, som nævnt ovenfor, vant til at være alene. Hun bor for sig selv efter tabet af sin tyve år ældre ægteemand. Han døde efter længe at have været syg af Parkinsons. For at komme ud af huset, for ikke at sidde derhjemme eller sidde lårene af sin familie, som hun siger, lever hun et aktivt liv og har mange interesser. Udover at danse tango, går hun til golf og tager på golfferier. Hun arbejder desuden stadig 15 timer som afspændingspædagog hver anden uge, på trods af at hun egentlig har ladet sig pensionere. For at kunne være med i alle de ting, hun har på programmet, vil hun selv bestemme, hvornår og hvordan hendes krop skal indgå i den kliniske intervention. Hun kan ikke stå fuldt ud til rådighed for interventionens lineære planlægning.

I laboratoriet er fokus på målinger af muskelstyrke og fysisk funktion. Når lægen skal scanne og tage muskelbiopsier på bestemte tidspunkter i løbet af det år, interventionen varer for den enkelte forsøgsdeltager,

griber forsøgspersonernes aktive kroppe og ældreliv ind i de kliniske forskningspraksisser på forstyrrende vis. Det betyder imidlertid ikke, at de kliniske forskere undlader at forholde sig til forsøgspersonernes hverdagsliv endsige til deres fysisk aktive kroppe. De vil heller ikke forhindre forsøgspersonernes mange aktiviteter. I stedet drejer disciplineringen sig i højere grad om at artikulere og forstørre forsøgspersonernes specifikke hverdagsliv og kropslige specificiteter for at få den kliniske intervention til at forløbe glat. Det skal forstås på den måde, at forskerne forsøger at tage hensyn til forsøgspersonerne som individuelle subjekter, eksempelvis på den måde, at forsøgspersonernes aftaler, rytmer og rutiner tages med i overvejelserne, når forsøgsgangene planlægges.

Da Anne således aflyser sin muskelbiopsi i sidste øjeblik, bliver lægen derfor synligt irriteret, men han er også klar over, at han bliver nødt til at forholde sig til og vise forståelse for Anne og andre forsøgspersoners givne situation og ønsker:

(...) så for at få det her til at fungere, så må du jo lære dem at kende. Det handler også om at tale et sprog de forstår. I virkeligheden også om at behandle dem som mennesker, ik? Altså som individer.

- Samtale med forsøgslæge juni 2015

Jespersen, Bønnelycke og Eriksen argumenterer for, at frembringelsen af rene, biologiske kroppe og produktion af videnskabelige data kun kan finde sted, hvis forskerne forholder sig til forsøgspersonerne som individuelle subjekter med specifikke rutiner og hverdagsliv (jf. Jespersen 2011 og Jespersen et al. 2013)⁵⁷. At hver enkelt forsøgsperson behandles som et subjekt – som et individ – er forudsætningen for, at de kan og vil underlægge sig objektivering. Artikulationer af aktive aldrende kroppe handler således ikke *kun* om objektivering som underkastelse, men involverer forskernes forståelse for hver enkelt af forsøgspersonerne. Det er præcis, hvad forsøgspersonen Karl efterlyste i det forrige kapitel, og det, som ifølge ham ikke findes i det etablerede sundhedssystem, en omsorg for den enkelte. Med udgangspunkt i Foucault kan dette anskues som en form for pastoral ledelse, der handler om at fastholde individet ved netop at bekræfte eller understøtte individets status og sandhed om sig selv (Foucault 1994:334; Villadsen 2007:158). Interventionen i form af forsøgslægen hjælper Anne til den rigtige eller gode aldringsproces. Der er dog også noget andet på spil: Tidligere den samme dag står det klart for Anne, at en muskelbiopsi vil give ømhed og måske endda et stift ben, og det vil hun ikke risikere, når nu hun skal passe sin tango. I den forstand hævder hun sin kropslige autonomi og integritet som værende løsrevet fra de kliniske procedurer. For at tage højde for dette skal forsøgslægen ikke alene omstrukturere alle aftaler med Anne. Lægen bliver også

⁵⁷ Denne pointe uddyber jeg ligeledes i det efterfølgende kapitel, hvor jeg har fokus på forsøgspersonernes forståelser af kroppen i aldringsprocessen og aldrende kroppe i relation til selv og selvforhold.

nødt til at flytte rundt på andre aftaler, og måske tage muskelbiopsien på et tidspunkt, hvor han ellers kunne have analyseret data eller brugt tid med andre forsøgspersoner. I sine studier af omsorg lægger Mol vægt på, at omsorgen vokser ud af de mange aktører, der løbende tilpasser, skaber og former omsorgen til hverdagssituationer (Mol 2008a:8). Hun udvikler i den sammenhæng begrebet 'tinkering', der blandt andet dækker over et fortløbende og besværligt arbejde med at få umiddelbart uforenelige aktører, praksisser og interesser til at hænge sammen (Mol, Moser & Pols 2010). Da Anne aflyser muskelbiopsien, siger lægen meget behersket: "måske kunne du have ringet? Kan jeg få dig til at gøre det for fremtiden? Altså hvis du ved, at du bliver nødt til at aflyse en specifik test?" Derefter foreslår han, at de kan mødes igen om torsdagen den samme uge. Det kan Anne ikke, der spiller hun golf. Til sidst laver de en aftale om fredagen ugen efter. Gennem denne situerede forhandling eller 'tinkering', tilpasses procedurer og planlægning dermed Annes daglige rutiner.

I den kontinuerlige indsats for at sikre CALM-interventionens videnskabelige troværdighed, konsistens og objektive standarder, udvikler forskerne i fællesskab strategier til, på bedst mulig vis, at omgås med og forstå og forme de inkluderede aldrende kroppe. Nogle af disse strategier bliver til standardiserede metoder som motivationssamtaler, der benyttes af forskerne til at akkumulere viden om forsøgspersonerne og deres forhold til fysisk aktivitet. For at opnå viden om, hvordan forsøgspersonerne integrerer livsstilsændringer i deres hverdag, er det væsentligt både at kende til deres tidligere erfaringer med motion og deres daglige aktivitetsniveau. En sådan viden kan efter forskernes overbevisning give et fingerpeg om, hvorvidt forsøgspersonerne vil kunne indgå i træningsregimer og i den fysisk krævende testning. Den viden bliver imidlertid aldrig en del af den endelige data. Andre strategier opstår undervejs i interventionen som et resultat af de konstant foranderlige protokoller og procedurer og de måder, hvorpå de tilpasses lokale forhold og behov (jf. Moreira & Will 2010). Således laver forsøgslægen, som særligt det først år står for kontakten til forsøgspersonerne i det daglige, efter nogle måneder et enkelt system, hvor alle forsøgspersonernes feriedage og anden fritid plottes ind i en stor database. Nye forsøgspersoner får et personligt skema med alle de dage, der er testdage i løbet af den 18 måneder lange interventionsperiode. Alt dette for at forstå forsøgspersonenes 'behov', som lægen udtrykker det, og for at undgå for mange aflysninger.

For flere af forsøgspersonerne er det imidlertid vanskeligt at sætte sig ind i og forstå de komplekse instruktioner de løbende gives af forskerne, når de samtidig skal gennemgå omfattende fysiske tests og målinger. I modsætningen til atleten, som er bekendt med laboratoriets særlige sprog, og desuden kender til instrumenter, redskaber og metoder i laboratoriet, så er de fleste af forsøgspersonerne som tidligere nævnt ubekendte med laboratoriepraksisserne. Efter muskelbiopsien i låret bliver alle forsøgsdeltagere således opfordret til at beholde deres kompresbind på i to timer. Samtidig bliver de bedt om at gå med en skridttæller, der måler deres aktivitetsniveau i en periode på fire dage. Karen, en af forsøgspersonerne, bytter om på

informationerne. Måske fordi hun er fysisk udkørt efter en lang dag i laboratoriet og dertil den fysiske aktivitet på testmaskiner. Det resulterer i, at hun beholder kompresset på i to dage. Hendes ben hæver op på grund af den manglende blodgennemstrømning. Det kunne i værste fald have resulteret i en blodprop, fortæller lægen mig senere. Der sker imidlertid ikke noget alvorligt med Karen, idet hun er heldig at kende en anden forsøgsperson. Karen spørger derfor vedkommende, om hun har forstået det hele rigtigt. Først derefter ringer hun til lægen og bliver informeret om den korrekte procedure. Lægen har hende også inde til tjek. Han er irriteret, men mest på sig selv. Efter episoden sørger han for, at der bliver trykt brochurer til alle forsøgspersonerne, som gør rede for alle procedurer og risici forbundet med muskelbiopsien. Misforståelsen bliver desuden indberettet til videnskabsetisk komité under Sundhedsstyrelsen⁵⁸. Igen et omfattende ekstraarbejde, men et ekstraarbejde, der er nødvendigt for at få interventionen til at glide så problemfrit som muligt. Episoderne her viser, hvordan de aldrende kroppe sommetider kræver omsorg, og under alle omstændigheder kontinuerlig tilpasning for at forblive en del af interventionen. Som jeg reflekterede over i kapitel 2, må interventionsforskerne løbende forhandle og justere tests og procedurer og ikke mindst forsøgsprotokollen til en situeret aldrende krop – til den krop, som er forhåndenværende den givne dag eller til den givne test. Det betyder, at de konkrete aldrende kroppe, de kroppe som de kliniske forskere kan studere, artikuleres i løbende justeringer af protokollen i det, jeg forstår som sociomaterielle omsorgskollektiver (Jespersen, Bønnelycke & Eriksen 2013), fremfor i en egentlig biosocialitet, hvor forskere og forsøgspersoner i en vis forstand deler krop eller i hvert fald en interesse for en bestemt krop. Omsorgen handler om, at forskere og forsøgspersoner løbende tager stilling til de aldrende kroppers skiftende stand og forudsætninger, som godt kan fremkomme forskelligt fra test til test, ligesom forskerne må forholde sig til forsøgspersonernes generelle manglende kendskab til de videnskabelige procedurer.

Denne version af den kliniske intervention, som en proces uden et egentlig, fasttømret slutresultat, kommer til at komplementere de kliniske forskeres metodologiske forståelse af interventionen som et fast sæt af procedurer. Interventionen bliver noget andet end et fastlagt aldringsforsøg, der har til formål at teste effektiviteten af en specifik intervention med fysisk træning og diætændringer. I tilpasninger mellem procedurer og protokoller og forsøgspersonernes hverdagspraksisser, herunder aktivitetsmønstre og forskellige versioner af engagement, muliggør den kliniske intervention variationer af aktive ældre kroppe. Disciplinering af de aldrende kroppe tager dermed ligeledes form af en forstørrelsesproces (Knorr-Cetina 2005). Det skal forstås på den måde, at tilpasning af protokol og procedurer stabiliserer og standardiserer de aldrende kroppe ved at fremhæve og forstørre deres særegenheder inden for testlaboratoriets rammer, som når Annes aktive krop bliver udgangspunktet for en registrering af alle forsøgspersonernes ferie og forventede

⁵⁸ Anmeldelse af tillægsrapporter skal ske i komitésystemet – se <http://www.nvk.dk/forsker/forskervejledning/vejledning-om-aendringer-i-et-godkendt-projekt>

mødedage. De aktive kroppe artikuleres således gennem en kontinuerlig tilpasning mellem forsøgsprotokollen og forsøgspersonernes kroppe og hverdagsliv. I det følgende viser jeg tilsvarende, hvordan skrøbelige kroppe artikuleres i de kollektive justeringer af forsøgsprotokollen, tests og øvelser i laboratoriet til forsøgspersonernes kropslige kapaciteter og hverdagens rutiner.

Disciplinerede, skrøbelige ældre kroppe

Jeg tager udgangspunkt i et eksempel med forsøgspersonen Erland for at vise, hvordan skrøbelige kroppe også kommer til at forme aldring som videns- og interventionsobjekt.

Erland sidder ved et bord i venteværelset. Der var ikke noget ledigt konsultationsrum. Lægen har problemer med at tage en blodprøve. Han stikker igen og igen. Han kan ikke finde en vene. Erland er rolig, og han fortæller os, at han har oplevet noget tilsvarende, da han var på hospitalet og blev behandlet for hudkræft. Der kunne de heller aldrig stikke ham. Lægen spørger ham alligevel, om han er okay. Erland svarer, at han har en ret høj smertetærskel. Lægen undskylder gentagende gange overfor Erland, og fortæller både Erland og jeg, at det sommetider kan være vanskeligt at finde ældre menneskers blodårer. Lægen sveder lidt, til sidst giver han op og finder en laborant. Det er også svært for hende, men hun finder efter et par forsøg en blodåre at stikke i. Erland klager ikke. Han gør bare, hvad personalet siger, han siger heller ikke så meget selv, men smiler af og til.

*- Sammenskrevne feltnoter fra et besøg ved
Sportsmedicinsk klinik, februar 2014*

Beretningen om Erland anskuer jeg som et eksempel på, hvordan de kliniske produktioner af et specifikt interventionsobjekt netop er afhængig af en *dynamik* mellem skrøbelighed og aktivitet. Erlands krop artikuleres som skrøbelig i laboratoriet. I forskernes optik markerer de porøse, skrøbelige vener, der er svære at stikke i, Erland som gammel krop. Samtidig er Erland den ideelle forsøgsperson. Han er engageret i CALM-projektet, han er fysisk aktiv og har netop bygget sig et udhus på sin nye private grund hjemme i Nordsjælland. Samtidig bliver han ikke *for* aktiv⁵⁹ i den forstand, at han dyrker mere motion, end interventionsprotokollen tillader. Erland er en høj, velholdt 78-årig, altid skødesløst klædt i beige garbardinebukser og en

⁵⁹ Hvordan der opstår kroppe, der er *for* aktive eller entydigt aktive, og hvordan den kliniske forskning forholder sig til disse, uddyber jeg i et senere afsnit.

farvet skjorte. Alle scanningsbilleder, spørgeskemaer og andet informationsmateriale bærer han med sig i en lædermappe. Han virker som en, der meget gerne vil kontrollere det indtryk, han giver andre. Samtidig forekommer han autoritetstro. Situationen, som jeg beskriver i feltnoterne ovenfor, gentager sig, hver gang jeg er med ham i laboratoriet, men Erland beklager sig aldrig. Han tager det hele med stoisk ro.

Som jeg argumenterede for i det forrige afsnit, artikuleres de inkluderede ældre forsøgspersoner som fysisk kapable, velfungerende kroppe, der klarer hverdagslivets gøremål og aktiviteter relativt nemt⁶⁰. Få af de ældre forsøgspersoner, jeg har talt med, tager medicin, flere lider af ryg- eller knæsmærter, men det er ofte noget, de først nævner i de etnologiske, livshistoriske interviews. Andre forholder sig slet ikke til deres skavanker. Erland siger således i et interview december 2014: *”Han (lægen) spurgte mig, hvilket et af mine ben, der var det bedste... Altså, jeg tror ikke, at jeg egentlig har tænkt over, at mit højre ben faktisk ikke helt kan det samme mere. Jeg bliver bare ældre jo. Du ved: mit ben er måske lidt mere stift i det... Og lige om lidt så er det jul igen.”*

Erlands udsagn indikerer, at han overordnet har en følelse af at have et stærkt og godt helbred. Tiden går hurtigere med alderen, men det er det eneste, som ifølge ham forandrer sig, til trods for at han tidligere har lidt af aldersrelateret leukæmi. Før de fysiske tests starter op, spørger forskerne altid forsøgspersonerne, hvilket ben de oftest bruger. Det gør de for at finde ud, hvilket ben der skal være testben. Spørgsmålet peger i den forstand på små aldersrelaterede kropslige forandringer, der ikke nødvendigvis bliver væsentlige uden for det fysiologiske testlaboratorium.

Det er nødvendigt for den kliniske forskning, at skrøbelighed og forfald artikuleres som kropslige karakteristika, for at tab af muskelmasse kan modvirkes. Skrøbeligheden skal praktiseres i laboratoriet, før det bliver muligt at kategorisere, håndtere og i sidste ende modarbejde muskeltab. Muskelbiopsien bliver et andet eksempel på dette. For interventionsforskerne tilknyttet CALM på Sportsmedicinsk klinik, som har en faglig baggrund i enten medicin eller fysiologi, er det almen viden, at jo ældre en krop er, desto langsommere finder sårheling sted. Derfor sættes der et kompresbind rundt om låret på de ældre efter udtagning af muskelvæv. Når der tages muskelprøver fra yngre mennesker, bruger man sjældent forbindelse. I den forstand konfigurerer de videnskabelige rutiner i laboratoriet skrøbelighed og forfald på måder, der gør det muligt for forskerne at forholde sig til disse kropslige specificiteter.

⁶⁰ Dette måles i interventionen med udgangspunkt i ADL-aktivitetsniveau. ADL står for Activities of Daily Living, og måles ud fra den enkeltes selv vurderede fysiske evne til at gennemføre daglige gøremål sammenholdt med fysiske tests over en længere periode (Sundhedsstyrelsen 2018b).



En forsker sætter et kompresbind rundt om en forsøgspersons lår efter at have taget en muskelbiopsi

Fra et praktisk perspektiv er det forskernes givne opgave at stabilisere de aldrende kroppe. Det er målet at inddæmme og stoppe forfaldet snarere end at undersøge grænserne for fysisk kapacitet eller fatigue, hvilket har været fysiologiens objekt siden begyndelsen af det forrige århundrede (jf. Scheffler 2012). Som sådan er der behov for at skrøbeligheden forstørres på linje med aktiviteten. Imidlertid forstørres og artikuleres skrøbelighed også på mere utilsigtede måder. Som den følgende beskrivelse viser, bliver metoderne til at måle funktionel styrke ofte meget krævende for de aldrende kroppe, og det nødvendiggør derfor justeringer og konstante adaptioner til en skrøbelig krop at gennemføre testningen i laboratoriet.

En af de første nøgletests, der foretages i laboratoriet, handler om forsøgspersonernes evne til at nedbryde glukose. Forsøgspersonerne kan ikke inkluderes i den kliniske intervention, hvis deres kroppe ikke kan omsætte sukker, eller hvis de har diabetes. Alle forsøgspersonerne skal møde fastende til den to timer lange glukosetest, og de efterfølgende fysiske tests finder sted samme dag. Glukosetesten tester for insulinresistens (type 1, type 2 og prædiabetes). Før testen tages en blodprøve. Dernæst drikkes en 75 gram glukosedrik. En ny blodprøve tages efter to timer. I mellemtiden ligger forsøgspersonen ofte under et tæppe i forsøgsrummet og tager enten en lur, læser lidt eller ser fjernsyn⁶¹. Når glukosetesten er overstået, føres forsøgspersonerne ned i det testrummet, hvor de skal gennemføre en række fysisk krævende prøver.

⁶¹ Denne procedure er designet til at teste kroppens evne til at processere glukose. Normalt stiger glukoseindholdet i blodet efter glukosedrikken er indtaget, hvilket stimulerer pancreas til at frigøre insulin. Frigørelse af insulin gør det muligt for cellerne at nedbryde/optage glukosen. Hvis en person er ude af stand til at producere nok insulin, eller hvis kroppens celler er resistente over for dens effekt (insulinresistente), så bliver mindre glukose transporteret fra blodet ind i cellerne, og glukoseniveauet forbliver højt.

På trods af hviletiden er det en udfordring for flere af forsøgspersonerne at gennemføre de fysiske tests, idet de stadig har lavt blodsukker. En forsøgsperson, Anders, bliver dårlig, da han skal igennem de fysiske tests. Han skal sparke med benene mod en plade, da han bliver svedig og utilpas. Han sidder fastspændt, men må rejse sig op, og giver udtryk for at være utilfreds og svimmel, hvilket tydeligvis gør den tilstedeværende fysioterapeut bekymret. Ved en anden lejlighed besvimer en kvindelig forsøgsperson under de fysiske tests, hvilket jeg vender tilbage til. Det udgør et dobbelttydigt problem for forskerne, da sådanne episoder både forhindrer dem i at skaffe data, men også underminerer forsøgspersonernes tillid til, at forskerne er stand til at drage omsorg for dem eller tager hensyn til deres individuelle udfordringer. De følgende testdage sørger forskerne derfor for at give forsøgspersonerne energibarer, bananer og andre snacks, før de fysiske tests påbegyndes. Lægen køber desuden ofte en sandwich i kantinen til forsøgspersonen, når den lange forsøgsdag er slut. Senere beslutter han i samråd med sine kolleger at distribuere glukosetest og fysiske tests på to dage. Dette betyder, at de indledede tests vil tage længere tid, og at en ny tillægsrapport skal indrapporteres, men også at forsøgspersonerne ikke skal igennem fysiske tests på tom mave. Dette viser, hvordan skrøbelige kroppe artikuleres gennem en kollektiv tilpasning af forsøgsprotokollen til forsøgspersonernes kapaciteter.

Forandringer af scanningsproceduren er et andet eksempel på dette. I de første seks måneder af den kliniske intervention varer scanning-sessionerne kun fem minutter. Forskerne er alene interesserede i lår- og benmuskler. Lægen diagnosticerer dog efter kort tid de første tilfælde af osteoporose. Derfor ændrer han proceduren til også at inkludere en fuldkropsscanning. Som han fortæller mig, kan han som læge ikke have siddende på sig, at han bevidst overser behandlingskrævende sygdomme (interview august 2014). Imidlertid opstår der i kølvandet på den ændrede procedure endnu en problemstilling: skal osteoporose være et eksklusionskriterium? Interventionsforskerne bliver enige om, at forsøgspersoner med osteoporose fortsat kan deltage i interventionen. Samtidig rådes forsøgspersonerne dog til at tale med deres praktiserende læge om videre skridt i forhold til behandling. Andre igen blive diagnosticeret med mere alvorlige sygdomme, når interventionslægen har dem inde til de første tjek. For eksempel diagnosticerer han et tilfælde af leukæmi. Netop denne type af kræft er direkte forbundet til en generel øget risiko for sygdomme, som ses med stigende tendens efter halvfjerdsårsalderen. Disse forskellige sygdomme anskues i den forstand som direkte forbundet med aldring og et aldersrelateret forfald, og ifølge interventionslægen, som alligevel er overrasket, en stadigt forventelig øget skrøbelighed.



DXA-scanneren

Dette indikerer, at den kollektive tilpasning – artikulering – mellem interventionen og de ældre kroppe former nye epistemiske og kliniske relationer. Frem for fysiske præstationer, som er kernen i den vidensproduktion, der har de atletiske kroppe i fokus, er det spørgsmål om helbredstilstand og håndtering af skrøbelighed og aktivitet, der gør det muligt at definere og arbejde med et interventionsobjekt i CALM og dermed gennemføre dataindsamling. Dette udfordrer præmisserne for den kliniske intervention på flere måder. For det første skal forskerne også fungere som rådgivere og sparringspartnere i forhold til *generel* sundhed; noget, særligt én af forskerne vægrer sig imod, hun vil helst ikke fortælle folk, at de er for tykke, eller give andre råd, der rækker udover hendes opgave som forsker. Som et resultat af de konstant foranderlige testprocedurer opstår der for det andet endnu flere potentielle forsøgspersoner: kroppe, der behøver medicin mod eksempelvis knogleskørhed, kan nu også inkluderes. For det tredje udvides dermed også de netværk, som interventionen bliver en del af, til at inkludere forsøgspersonernes praktiserende læger. Der finder en udvidelse af omsorgsfælleskabet sted. Kravene til de allerede involverede aktører bliver derfor stadig flere.

Jeg har dermed argumenteret for, at aktivitet og skrøbelighed ikke bliver hinandens modsætninger. Hvor jeg i det forrige afsnit viste, hvordan de inkluderede aldrende kroppe artikuleres som aktive, forsøgspersonerne er engagerede og deltager i mange forskellige fællesskaber, har jeg i dette afsnit vist, hvordan forskere og forsøgspersonerne kontinuerligt genererer nye former for skrøbelighed og forfald ved blandt

andet at udpege en række specifikke sygdomme og andre aldersrelaterede skavanker i de fysiske tests og laboratorieprocedurer. Den aktive krop og den skrøbelige krop artikuleres i den forstand som sammenfiltrede. Ved muskelbiopsier, i de fysiske tests og ved blodprøvetagning forstørres skrøbelighed og aktivitet og viser sig at blive karakteristisk og nødvendigt for det interventionsobjekt, som interventionen producerer for at modvirke tab af muskelmasse. Når koordinationen af aktivitet og skrøbelighed er mulig, fungerer interventionen ved at kunne tage højde for både aktive kroppe og selvintervenerende, aktive hverdagsliv og for kroppe, der samtidig forfalder og har behov for pleje forstået som en ekstra forbindelse og en sandwich. Der skabes således en dynamik og en balance mellem aktivitet og skrøbelighed, som holder interventionen i gang. Imidlertid formes der i og med disse kropsartikulationer også et overskud af kroppe, som ikke kan passe ind i interventionsprocedurerne. Disse kroppe bliver enten *for* aktive eller *for* skrøbelige. Dette viser jeg i det følgende.

Proliferation af aldrende kroppe⁶²

Den kliniske intervention genererer et overskud af kroppe i mødet mellem forsøgsprotokol og forsøgsinstrumenter og både de potentielle og de allerede inkluderede forsøgspersoner. Disse kroppe kan karakteriseres ved at blive *for* aktive eller *for* skrøbelige. De er alternative kropsartikulationer, som optræder i forskernes overvejelser og refleksioner, når vi taler sammen, men ikke altid integreres i det daglige forsøgsarbejde eller i de endelige analyser. Det skyldes, at de ikke nødvendigvis forstås som værdifulde kliniske data, men det skyldes ligeledes, at en praktisk tilpasning af protokollen til disse kroppe ikke er mulig. Det er til trods for, at overskuddet af kroppe bliver vigtigt for den kliniske interventions resultater, og også for CALM-projektet, hvilket jeg vil argumentere for i det følgende blandt andet med udgangspunkt i den fysisk aktive forsøgsperson Karen på 72 år.

Overskud af *for* aktive kroppe

Karen sidder foran lægen på en sort træstol med sine hænder hvilende på bordet mellem dem. Hun virker nervøs eller måske bare distræt. Hun koncentrerer sig ikke om, hvad forskeren siger, måske er hun ikke interesseret. Det er et inklusionsinterview, den inkluderende samtale, og et væld af informationer

⁶² Proliferation er et begreb, som blandt andre Michael & Rosengarten bruger (2012). Inden for medicinske videnskaber kan begrebet henvise til abnorm vækst af væv (f.eks. kræftvæv). Jeg sammenligner ikke overskuddet af aldrende kroppe med kræftvæv, men undersøger, hvordan de som kræftvæv netop skæres væk eller forsvinder fra den viden, som kliniske aldringsforsøg producerer.

flyder til hende. Lægen kigger intenst på hende, og han gentager, hvad han også siger i telefonen til alle, der vil være forsøgspersoner: det er vigtigt, at man ikke træner for meget. ”Du må ikke træne for meget, Karen”, siger han. Karen må ikke være aktiv mere end én time om dagen, mens hun er forsøgsdeltager. ”Du må gerne cykle, du må da også gerne gå til yoga og den slags, men ikke noget med at løbe og ro eller spille for meget tennis”. Karen nikker, og så bevæger de sig videre til at tale om det fæces-opsamlingskit, som alle forsøgspersoner skal bruge [til mikrobiologernes dataindsamling].

- Sammenskrevne feltnoter fra inklusionsinterview januar 2015.

Forskeren er i situationen meget eksplicit om CALM-interventionens krav til forsøgspersonernes aktivitetsniveau. Senere, da jeg interviewer Karen i hendes hjem, fortæller hun mig, at hun ror tre gange om ugen hele sommersæsonen. Hun svømmer hver morgen og er også en aktiv vandrer, selvom hun er ved at være ret træt af sine vandreveninder, der ifølge hende ikke kan følge med mere. De er gamle, og lidt sløje, hun er frisk. Hendes hud er vejrbidt, brun også, hun er slank, men ser stadig stærk ud. Hun fejrede sin halvfjerdsårs fødselsdag i en bivuak med øl og bål til langt ud på natten. Da jeg spørger hende, hvorfor hun ikke fortalte lægen om sine motionsvaner, kigger hun undrende på mig. Hun virker oprigtigt overrasket: *”Det troede jeg da ikke, var vigtigt, du ved, jeg har jo faktisk altid dyrket motion. Måske ikke så systematisk – men jeg har altid bevæget mig”* (interview 26.juli 2014).



Overalt i Karen hjem er der diplomer, der viser, at hun er en aktiv atlet

Karens case viser at aktivitet er en relativ størrelse, men den viser også, at aktivitet og aktive kroppe artikuleres meget entydigt i interventionens inklusionskriterier. Som sådan understreges det, hvordan interventionen er designet til en specifik gruppe af aldrende kroppe, som ikke må være *for* fysisk aktive. Der står

således også i inklusionskriterierne til at begynde med, at forsøgspersonerne skal have et godt helbred, at de ikke må lide af behandlingskrævende kroniske sygdomme, og at de *"(...) ikke må dyrke mere end én times systematiseret motion, bortset fra udstrækningsøvelser, almindelig gang og cykling som transport."*

Denne meget specifikke koordination af en rask +65-årig, der ikke dyrker motion, viser sig imidlertid vanskelig at finde. Forskerne i intervention bliver fortløbende kontaktet af folk, der ønsker at deltage som forsøgspersoner, fordi de gerne vil have deres fysiske styrke og funktionsevne testet af professionelle - meget på linje med de atleter, Johnsson beskriver i sit studie (2013). Disse ældre kan dog sjældent inkluderes i den kliniske intervention på grund af deres aktive profil. Der er tale om fysisk aktive mennesker, i god fysisk form, som svømmer op til seks gange om uge, ror eller spiller badminton og vandrer. Hvor disse således er alt *for* aktive, er andre interesseret i at blive forsøgsdeltagere, så de kan blive mere fysisk stærke, så de kan leve op til et bestemt aktivitetsmål, hvilket jeg også gjorde rede for i det indledende afsnit om forsøgspersonerne. Begge grupper er skuffede over, at den kliniske intervention ikke kan hjælpe dem. Forskerne giver samtidig udtryk for frustration, da de bliver nødt til at afvise potentielle – og ovenikøbet potentielt engagerede og vedholdende – forsøgsdeltagere efter den egentlige screeningsprocedure, blot fordi de i relation til inklusionskriterierne artikuleres som *for* aktive.

Et andet problem, der ikke kan adskilles fra ovenstående, angår forsøgsdeltagernes præferencer for at blive inkluderet i en særlig undergruppe i interventionen. Den slags præferencer støder sammen med den metodologiske opbygning af den kliniske intervention, som foregår efter strenge videnskabelige retningslinjer. Alle forsøgsdeltagere fordeles i fem grupper ved lodtrækning efter et fastlåst randomiseringsprincip. Der er som nævnt fire hovedgrupper, af hvilke to skal træne, en enkelt skal have et proteintilskud og en sidste kontrolgruppe skal have et kulhydratholdigt tilskud. Ved flere af de inklusionsinterview, hvor jeg deltager, er der potentielle forsøgsdeltagere, som trækker sig fra den kliniske intervention, før de egentlig er startet op. Det gør de, fordi de kun er interesseret i at deltage i en træningsgruppe. En enkelt kan heller ikke se sit aktive liv med badminton og golf forenet med eventuelt at skulle drikke "saftvand" et helt år, som hun siger (inklusionssamtale februar 2014). Det er således tydeligt, at designet af interventionsprotokollen og dens krav til aktivitet ikke på et praktisk plan er tilpasset artikulationer af aktive ældre kroppe. Inklusionen – og forsøget på at tilpasse og skabe en inaktiv ældre – bliver således karakteriseret ved momentvis modstand, der i Karens tilfælde kommer til udtryk som en misforståelse af forskernes formål med CALM. Selv i en intervention der har til formål at producere fysisk stærke, aktive kroppe, opstår der konstant nye problematikker i forsøget på at begrænse og formulere, hvad aktiv, selvintervenerende og selvagerende aldring skal være.

Disse problematikker bliver ligeledes synlige, da forskerne ét år inde i den kliniske interventions forløb har været i kontakt med mere end 600 potentielle forsøgsdeltagere, hvoraf kun 60 er inkluderet. En del af de

afviste artikuleres som *for aktive kroppe* i mødet med de stringente kliniske inklusionskriterier. Til trods for at de passer på alle andre parametre, bliver de ikke brugbare forsøgssubjekter. De dyrker ganske simpelt for meget systematisk motion. For at takle dette problem ændrer forskerne inklusionskriterierne, de ændrer protokollen, så forsøgspersonerne efter otte måneder gerne må dyrke alle former for fysisk aktivitet, dog styrketræning undtaget.

Det ændrer imidlertid ikke ved, at jo mere aktive forsøgspersonerne er både fysisk og socialt, desto vanskeligere er det for forskerne at have dem i interventionen, hvilket det tidligere eksempel med Anne også demonstrerer. Som jeg argumenterede for tidligere, er interventionen ikke Annes førsteprioritet. Hvor atleten bliver en brugbar modelorganisme, delvist fordi han hele tiden er tilstede og har “vested interests in the studies” (Johnsson 2013: 886), så står de aldrende kroppe, som inkluderes i intervention, ikke på samme måde til rådighed, de indgår, som jeg allerede har vist, ikke uden besvær i de kliniske procedurer. Hvor potentielle og inkluderede forsøgspersoner udtrykker tvivl ved interventionens videnskabelige præmisser, har Anne vanskeligt ved at underlægge sig træningen. En ung medicinstuderende bliver således fanget i en diskussion med Anne, hvor han ender med at hvæse ad hende til den sidste motivationssamtale, at interventionen altså ikke handler om at gøre folk stærkere eller mere trænede, men i stedet om at teste en hypotese (observation på klinikken maj 2015). Som afspændingspædagog forstår Anne imidlertid ikke, hvordan man kan nøjes med at træne lårmusklen. Mens hun deltager i interventionen, starter Anne derfor med at træne i et fitnesscenter, hvor hun også træner skuldre, ryg- og mavemuskler⁶³. Hun ønsker at fokusere på kroppen som helhed, som hun formulerer det.



Anne i fitnesscenteret uden for klinikken

⁶³ Denne diskussion kan anskues som et typisk eksempel på den terapeutiske misforståelse “the *therapeutic misconception*” (Appelbaum et al. 1982;1987). Begrebet refererer til situationer, hvor forsøgspersoner ikke forstår – eller ønsker at acceptere – at målet for interventionsforskerne er at producere evidensbaseret viden uden skelen til, hvorvidt forsøgspersonerne opnår noget ved deres deltagelse i denne vidensproduktion eller ej.

Som sådan artikuleres Anne som værende lige på grænsen til at blive *for* aktiv. Forsøgspersonernes mange agendaer og ønsker for forsøgsdeltagelse støder således ofte sammen med planlægningen af den kliniske forskning, hvilket jeg yderligere diskuterer i det følgende kapitel.

Selv efter der løsnes på nogle af interventionsprotokollens inklusionskriterier, forsvinder de *for aktive* som eksemplificeret ved Karen eller Anne derfor ikke. I kraft af den pragmatiske protokolændring kan de *for aktive* kroppe inkluderes, men de bliver ikke altid brugbare interventionssubjekter forstået på den måde, at viden om deres aktivitetsniveau, ikke bliver gjort relevant for forskningen. I stedet bevæger disse aldrende kroppe sig blot ind i interventionen, mens protokolændringerne samtidig gør andre kroppe for skrøbelige, uden at de tidligere ekskluderede *for aktive* kroppe nødvendigvis gøres brugbare for den kliniske intervention. Derved gøres fraværet af de *for aktive kroppe*, som artikuleredes i relationerne mellem inklusionskriterierne og potentielle forsøgspersoner, data fra træningsgrupperne mere kompleks:

For interventionsforskerne udgør det et metodologisk problem, at de ikke kan undersøge, hvorvidt eventuel øget muskelstyrke opstår på grund af træningen i interventionen eller på grund af en generel ændring af motionsvaner. De artikulerede variationer af kroppe bliver ikke nødvendigvis inkluderet i data, men de er med til at definere interventionens objekt. Samtidig kommer de til at fastholde forskerne i en rekruttering, som er så tæt på de originale inklusionskriterier som muligt. Dette skyldes, at de kroppe som artikuleres som *for aktive* eller på grænsen af at være *for aktive* samtidig artikuleres som kroppe, der ikke kræver intervention.

De *for aktive* kroppe kan anskues som inkarnationer af de livsstilsændringer, som interventionen iværksætter, og som CALM-projektet har som mål. De repræsenterer og praktiserer ganske enkelt *allerede* idealet om aktiv og sund aldring i form af vedblivende selvintervention og først og fremmest her en 'aktivt' aldrende krop. I samspillet mellem aktiv-aldringspolitikker og aktiv-aldringsforsknings anbefalinger om livsstilsændringer findes disse kroppe allerede som en etableret standard. Imidlertid passer de ikke nødvendigvis ind i interventionens konkrete, praktiske set up og kommer i den forstand til at udgøre et overskud, der ikke kan beskrives i den kliniske forskning. Det bliver kroppe, der ikke meningsfuldt kan indgå i og underlægges intervention. Det følgende afsnit handler om en anden type af kroppe, som artikuleres i interventionen. Det er kroppe, som findes *for* skrøbelige at intervenere på eller i. I modsætning til de kroppe som bliver *for aktive* anerkendes de *for* skrøbelige ikke nødvendigvis som værdifulde for den kliniske forskning, og renses ofte helt ud af de kliniske procedurer. De udgrænses med andre ord fra dataindsamlingen. Forsøgspersonen Lilly vil i det følgende være mit udgangspunkt for at diskutere dette.

Overskud af *for* skrøbelige kroppe

Lilly sidder på et sæde i en maskine, der er højt hævet over gulvet. Maskinen måler muskelstyrke i benet. Lilly er koncentreret, hun fokuserer på fysioterapeutens instruktioner. Hun er stille, men virker stabil og ved godt mod. Hun har en strop rundt om sit ene lår og en anden strop rundt om anklen. Fysioterapeuten siger højt og med myndig stemme, at nu skal hun sparke så hårdt, hun kan. "Fuuuld kraft" siger hun højt. Jeg tror ikke, at jeg kan, svarer Lilly spagfærdigt. Jeg står i den ene side af rummet, lidt væk, og jeg er ikke helt klar over, hvad der sker. Lige pludselig siger fysioterapeuten, at nu skal jeg have fat i lægen. "Og noget vand", tilføjer hun. Hun lyder anspændt. Da jeg kommer tilbage, hjælper jeg fysioterapeuten med at få Lilly ned fra maskinen. Lilly be-svimedede, men er nu ved bevidsthed.

*- Sammenskrevne feltnoter fra
feltbesøg april 2014*

Før Lilly mister bevidstheden, har hun, ligesom mange af de andre forsøgspersoner, haft problemer med fasteproceduren i interventionen. Lilly virker træt og lettere irriteret, da hun møder til glukosetesten med tom mave. Klokken er ni, og hun har hverken fået vådt eller tørt i tolv timer. Hun gør sit allerbedste for at opretholde en venlig tone over for alle i laboratoriet, men hun snerrer lidt ad glukosedrikken og har tydeligvis problemer med at få den ned. Efter at den er drukket, venter hun på en hospitalsseng på den næste blodprøvetagning. Hun får et tæppe over sig, og hun falder hurtigt i søvn. Da hun vågner, er hun lidt forvirret. Hun fortæller lægen, at hun er svimmel. Han spørger, om det er slemt, men hun svarer, at hun nok skal få det bedre. Lægen beder hende drikke en tår vand, og sammen går de over til testrummet, hvor Lilly skal igennem de fysiske tests. Fysioterapeuten tager imod. Lilly er fåmælt, men hun er ikke længere svimmel, forsikrer hun.

Lilly er en af de første forsøgspersoner, der bliver inkluderet i interventionen. Forskerne har derfor ikke så meget erfaring med, hvordan de aldrende kroppe fungerer, hvilke fysiske begrænsninger og kapaciteter de har. Med andre ord er procedurerne i konstant udvikling i relation til den specifikke "organisme" i laboratoriet. Selvom Lilly besvimer, sker der heldigvis ikke noget alvorligt med hende. Alligevel er både forsøgslægen og fysioterapeuten tydeligt chokerede over det, som skete, hvilket ydermere understreges af, at Lilly bliver en historie på klinikken, som jeg får fortalt igen og igen, også af personale, der ikke var involveret. Tilfældet med Lilly resulterer da også i, at proceduren omkring glukosetest og træning bliver ændret, sådan som jeg gjorde rede for tidligere i kapitlet. Lilly bliver tilbudt en sandwich med det samme. Hverken den

øjeblikkelige omsorg eller den generelle ændring af protokollen, hjælper dog på Lillys tillid til projektet. Hun trækker sig som forsøgsperson, selvom forskerne forsikrer hende om hendes sikkerhed. Lilly føler sig udsat, hun vil ikke mere, siger hun.

Beretningen om Lilly demonstrerer, at ikke alle forsøgsdeltagere er eksperimentelt robuste (Moreira 2010). På trods af forskernes gode intentioner ender de med at droppe ud eller blive ekskluderede, når deres kroppe i kontakten med den kliniske intervention bliver *for skrøbelige*. Deres skrøbelighed bliver præsenteret i mødet med interventionens protokol og mange krav, uden nødvendigvis at have været det førhen. Dette sker også i scanningssessioner, hvilket jeg tidligere har været inde på. Opdagelsen af kræft og andre alvorlige sygdomme fører til eksklusion. Herudover vælger nogle forsøgspersonerne helt at stoppe – som oftest i overensstemmelse med forskerne – når de indser, at 18 måneders forpligtende forsøgsdeltagelse bliver uoverkommeligt enten fysisk eller planlægningsmæssigt.

Miriam (73 år), en anden af forsøgspersonerne, finder således hurtigt ud af, at det er for voldsom en opgave for hende at skulle frem og tilbage til klinikken så ofte. Miriam er stadig en smule fysisk påvirket af et fald, hun havde, før hun startede som forsøgsperson. Derudover er hun i sorg over tabet af sin svoger, som hun holdt meget af. Hun har taget en del på efter faldet, hvor hun blandt andet slog sin hofte og sit håndled, og hun har ikke energi til fysisk aktivitet – eller for mange dagligdagsaktiviteter i det hele taget. Både i laboratoriet, hvor jeg møder hende første gang, og hjemme i hendes lejlighed, virker Miriam desillusioneret og trist. Hun remser alle sine dårlige oplevelser op i en bitter tone, og griner lidt af, hvor lidt vi unge mennesker (lægen og jeg) kender til ældrelivets sorgfulde sider. Al den forfald og død klager hun. Hun bevæger sig langsomt rundt, og det er hårdt for hende at skulle gennemgå de fysiske tests. I det hele taget udfordrer hendes dårlige fysiske formåen hendes dagligdag på forskellige måder, hvilket hendes pårørende også ser som værende et problem. Et problem, der skal gøres noget ved. Da jeg besøger Miriam, er hun netop flyttet til en mindre lejlighed. Før havde hun meget plads, men på sin datters opfordring er Miriam rykket ind i en toværelses lejlighed. Miriam kunne ikke længere holde den store lejlighed ren, mente datteren, og Miriam havde måske ikke styrken til at sige hende imod. Hun føler sig tydeligvis ikke hjemme det nye sted endnu. Hun har ikke pakket flyttekasserne ud, hun mener ikke, at der helt er plads til hendes ting. I det hele taget er både køkken og stue fyldt til randen med ting, som hun beklager sig over, aldrig kan få en plads. Hun har ellers givet meget væk, siger hun. Miriam fryser og har to sweatre på, men hun vil ikke ringe til viceværten, så han kan tage sig af de dårligt fungerende varmeapparater.

Miriam har ikke energien til at deltage i intervention, når alt i hendes liv, med hendes egne ord er: *"(...) sådan lidt rodet nu."* (22.januar 2014). Som Miriam efterfølgende siger, "Jeg føler mig skrøbelig faktisk, lidt ligesom en maskine, der ikke virker" (interview 22. januar 2014). Dette "rod", forfaldet og skrøbeligheden,

passer ikke med de kliniske procedurer. I interventionen har forskerne brug for stabile forsøgspersoner. Der er brug for forsøgspersoner, som overholder alle aftaler, som ikke efterspørger eller higer efter *for* megen omsorg, som netop er i stand til at opretholde en vis grad af selvintervention og selvkontrol, og som klarer sig selv relativt godt. Efter et par samtaler frem og tilbage beslutter Miriam i samråd med forsøgslægen at trække sig fra CALM-projektet. Hun fortæller mig, at der nok er andre typer træning tættere på hendes hjem, der ville passe hende bedre end at være forsøgsperson med alt, hvad det indebærer. Hun virker lettet, men samtidig opgivende i forhold til sig selv og det liv, som hun ikke længere mener, at hun har indflydelse på.

Som med andre forsøgspersoner bliver Miriam *for skrøbelig*, idet hun kommer i kontakt med og underlægger sig forsøgsprotokollen. Hun er, ligesom de andre inkluderede forsøgspersoner, umiddelbart tilgængelig for forskningen, og hun er villig til i det mindste at forsøge sig med de fysiske tests og ikke mindst med træningen, men hun bliver artikuleret som for svag til vedblivende at indgå som forsøgsperson. Det er således også en situeret bedømmelse, der afgør, hvorvidt det betaler sig at finde et kompromis mellem de kliniske procedurer og de *for* skrøbelige kroppe. I praksis er det vanskeligt for forskerne at afgøre, om disse kroppe kan passe ind i interventionen eller ej. Således er disse *for skrøbelige kroppe* ofte for krævende for forskningen. I den forstand bliver de helt fraværende fra de kliniske procedurer og ikke mindst for den data, som den kliniske intervention producerer. Når kroppene stabiliseres som enten aktive eller skrøbelige, udfordrer de og udvikler de kliniske procedurer, mens denne proces samtidig destabiliserer andre kroppe. Som sådan er der ikke tale om en reduktion eller renselsesproces der alene angår de sidste analytiske faser af den kliniske forskning, sådan som Latour beskriver det (1987). Der er snarere tale om en konstant vekslen mellem forstørrelse og udrensning, der finder sted i alle faser af interventionen. I konkrete kropsartikulationer forstørres specifikke kropslige karakteristika og omstændigheder, som skaber et overskud af kroppe, der befinder sig på kanten af den konkrete biomedicinske vidensproduktion.

Mine etnografiske beskrivelser af kroppe i overskud giver i den forstand indsigt i den modstand og de forhandlinger, der, selvom de i vidt omfang bliver fraværende kroppe i den kliniske forskning, også indgår i produktionen af selvteknologisk domesticerede ældre og aktive aldrende kroppe. Som sådan bliver de også medkonstituerende for de former for aldring, der produceres i forsøgsdeltagelse. Disse kroppe skaber og vedligeholder ikke mindst grænserne for aktiv aldring.

Entydigt skrøbelige og uhensigtsmæssigt aldrende kroppe

I kapitlets foregående analyser har jeg argumenteret for, at interventionen med sine protokoller, instrumenter og målsætninger genererer et overskud af aldrende kroppe, som udfordrer og flytter grænserne

for, hvad aktiv og sund aldring og aldring i det hele taget kan være. Samtidig producerer den kliniske intervention kroppe som på ingen måde passer ind i det kredsløb eller netværk af aktiv aldringsforskning og aktiv-aldringspolitikker, som interventionen bliver en del af. CALM-projektet og den kliniske intervention udgrænser kroppe og ældreliv ved ganske enkelt at holde dem helt uden for vidensproduktion. Disse kroppe er hverken *for skrøbelige* eller *for aktive*, de er ikke kroppe i overskud. De artikuleres snarere som den aktive ældres "anden" og bliver måske nok synlige, men aldrig inkluderet i den kliniske intervention. Det er ikke en tilsigtet strategi fra forskernes side. Den praktiske mangel på rummelighed over for bestemte måder at blive ældre på fortæller snarere om det vanskelige ved at artikulere en metodologisk robust forskning, der er i stand til at inkludere og producere viden om den aldrende krop, som den praktiseres af de ældre.

I mit empiriske materiale, som også indbefatter observationer fra projektmøder i CALM, workshops og deltagelse i møder med CALM-projektets Scientific Advisory Board, bliver det tydeligt, hvordan særligt forskerne, der styrer den kliniske intervention i CALM-projektet, i et forsøg på at forstå og forholde sig til disse "andre" kroppe genindsætter en form for universel ældrefigur som værende passiv eller i forfald, selvom det muligvis ikke er det, de sigter imod. Skrøbelighed og forfald skabes i den forstand som modsætning til idealet om aktive og sunde aldrende kroppe, hvis tab af muskelmasse kan modvirkes i kraft af livslange selvinterventioner.

Dette sker blandt andet på et møde med CALM-projektets videnskabelige rådgivningspanel, SAB (Scientific Advisory Board). Det følgende er således fra mine optagelser og noter fra mødet, der finder sted godt et år efter projektets opstart. Et af hovedtemaerne i diskussionerne var relationerne mellem de inkluderede forsøgspersoner, resultaterne af den kliniske intervention og den befolkningsgruppe, som resultaterne principielt skal være relevante for. Samarbejdspartnerne og SAB-medlemmer satte spørgsmålstejn ved, hvorfor der ikke var inkluderet såkaldte skrøbelige ældre mennesker i den kliniske intervention: kroppe, der kræver pleje eller bor på plejehjem, kroppe, der kræver hjemmepleje, eller kroppe, som ikke er i stand til at komme til klinikken på grund af aldersrelaterede helbredsproblemer eller kognitive handicaps. Interventionslægen og en seniorforsker forklarede, at det ville kræve ekstra ressourcer (økonomiske og menneskelige). De medicinsk uddannede interventionsforskere påpegede, at inklusion af eksempelvis plejekrævende forsøgspersoner ville give en omfattende ekstra arbejdsbyrde, da det ville være vanskeligt at frem til og rekruttere disse individer. Man ville blandt andet blive nødt til at udsende målrettede breve omkring CALM og de enkelte tests i interventionen og inddrage andre informationskanaler så som plejehjems personale og

praktiserende læge⁶⁴. Tidligere havde man forsøgt at rekruttere på plejehjem med lille succes. Samtidig ville svagere ældre skulle støttes på en helt anden måde gennem interventionsforløbet både i form af afhentninger i bil og kontakt på daglig eller ugentlig basis, hvilket forskerne ikke anså som værende en mulighed. De såkaldt svage og skrøbelige ældre kunne ganske enkelt ikke komme i betragtning til forsøgsdeltagelse, selvom forskerne anså det som nødvendigt at inddrage dem på længere sigt. Denne form for objektivering peger på en fundamental diskussion, som drejer sig om den metodologiske planlægning af den kliniske intervention, og den peger samtidig på en diskussion, der angår grænserne for interventionens objekt. To diskussioner, der ikke kan adskilles. Spørgsmålet bliver med andre ord, hvorvidt CALM-forskerne eller mere specifikt forskerne med lægelige specialer havde planlagt et specialiseret og selektivt studie, som ikke kan overføres til en "ikke-klinisk virkelighed" i forhold til en bredere del af den aldrende befolkning. Forskerne anså imidlertid ikke diskussionen for væsentlig, idet deres argument var, at selv *hvis* man inkluderede svage og skrøbelige kroppe, ville de ikke kunne gennemføre forsøgsdeltagelse. På klinikken var der imidlertid et projekt med ældre på 80+ kørende, mens jeg lavede feltarbejde, hvor forskerne netop hentede de ældre på plejehjemmet, hvor de så kunne træne enten, hvor de boede, eller på Sportsmedicinsk klinik. Dog var langt færre inkluderet. Derudover var det ifølge interventionsforskerne ikke realistisk at inkludere ældre i samme situation i den pågældende intervention, idet de under alle omstændigheder ikke kunne underlægges forsøgsdesignet, de ville simpelthen være for dårlige, tage for meget medicin, være kronisk syge etc. Idet interventionsforskere anerkendte, at det var et epistemisk problem, forsøgte de derfor at finde en mere teknisk eller videnskabelig funderet forklaring, der kunne legitimere denne udeladelse. De definerede således de ekskluderede, de ukendte og ubeskrevne individer, som ikke blot skrøbelige, men også som passive både i psykosocial og fysisk forstand. Således forklarer en af forskerne mig ved en anden lejlighed, hvordan han og en kollega ved et CALM-initieret informationsmøde på et aktivitetscenter var blevet mødt med skepsis over for aktivitetskravet i interventionen, og i det hele taget over for aktivitetskrav i alderdommen, og desuden over for testningen af protein. Denne skepsis tolkede han efter at have delt denne information med kolleger ved et møde på klinikken som et, citat: "manglende overskud" (samtale Sportsmedicinsk Klinik 14. april 2015).

Samtidig blev den kliniske intervention ved møder med Scientific Advisory Board – og ved alle andre projektmøder, jeg har deltaget i – beskrevet som en intervention, der lagde vægt på at undersøge, hvor effektivt træning og kostændringer vil være, og ikke som et studie, der interesserede sig for "adfærdsændringer". Adfærdsændringer blev i stedet, som jeg har berørt tidligere, gjort til det etnologiske vidensobjekt i randen af CALM-projektet. De passive kroppe blev som nævnt ofte artikuleret som uforståelige, umulige at

⁶⁴ Her kan man indvende, at praktiserende læger allerede var inddraget, idet de netop blev påkaldt, når der ved scanningerne blev påvist symptomer hos forsøgspersonerne, der krævede en diagnose eller behandling.

nå. Set i dette perspektiv er CALM-projektet også et definerende rum for de ukendte, utilgængelige kroppe, der bliver en konstant bekymring for både mine ældre informanter selv og en modsætning til de 'hensigtsmæssigt aldrende'. CALM virker derved som en eksklusionsmekanisme, der begrænser aldringsforsøg til at være nogle bestemte måder at blive ældre på. Samtidig konstitueres der i interventionsspecifikke praksisser kroppe, som aldringsforskningen har forsøgt at gøre op med: kroppe i forfald. Hvor der i laboratoriepraksisserne, som jeg har vist, ikke er nogen tvivl om, at aldring også handler om forfald, kan det være et problem for CALM-interventionen og for fremtidige sundhedsinterventioner, at bestemte typer af forfald eller passivitet gøres til en fastlåst modsætning til aktiv aldring eller helt og aldeles lades ude. Den ældre i forfald er en del af de kliniske praksisser både helt konkret som artikulationer af skrøbelige og *for* skrøbelige kroppe, men også som de udefinerbare kroppe, som CALM-projektet i sidste ende henvender sig til. Selvom der således er tale om socialt robuste og i vidt omfang raske forsøgspersoner, bliver de også netop skrøbelige, der er grænser for deres produktivitet, engagement og fysiske vigør, og det er også grænser, som flere af forsøgspersonerne gerne vil have hjælp til at skabe. Dette uddyber jeg i afhandlingens andre kapitler og i afhandlingens konklusion.

Opsamling

I den forstand artikuleres CALM-interventionens "anden" også helt konkret som kroppe, der kan karakteriseres ved manglende engagement i – eller manglende kontakt med – den kliniske forskning og protokollens livsstilsændringer. De ubekendte ældre, som jeg også var inde på i det forrige kapitel, kan ikke inkluderes eller reagerer aldrig på de offentlige henvendelser, som CALM-projekter sender ud. Hverken i projektet eller i min forskning eksisterer der viden om disse aldringsprocesser eller aldrende kroppe, snarere bliver de objekter for spekulationer og diskussioner ved møder og workshops i projektet, uden egentlig at blive inddraget. Forestillingerne om de passive aldrende kroppe er ofte, at de står i modsætning til den fysisk aktive aldrende krop, som efterspørges i den kliniske forskning. Som jeg har vist, er det samtidig ofte de passive, ekskluderede og ikke mindst svage kroppe, som aktiv-aldringspolitikker og også forskningen i CALM henvender sig til. Det er mennesker, der oplever og ikke reagerer på aldringsrelateret forfald, der skal spise protein og styrketræne. Det er dem CALM gerne vil aktivere i produktionen af anbefalinger til en aktiv alderdom. Som ofte i denne type af forebyggelsesprojekter, bliver det samtidig en gruppe, der er vanskelig at nå.

Ved primært at fokusere på, hvordan kroppe disciplineres i testlaboratorier, har jeg vist, hvordan der i relationer mellem forskere, forsøgspartnere, tests og procedurer i stedet faciliteres en dynamik mellem skrøbelige og aktive kroppe, der forekommer på en gang ganske snæver og samtidig vanskelig at fastholde.

Denne dynamik sættes i værk gennem det daglige forsknings- og omsorgsarbejde, der konstant tilpasser interventionsprotokollen til forsøgspopulationen. Gennem denne tilpasningsproces artikuleres et brugbart biomedicinsk interventionsobjekt. Det bliver et interventionsobjekt, som lader den kliniske forskning forløbe så problemfrit som muligt, og som kan være udgangspunkt for skabelse af brugbare data og siden evidensbaserede strategier for livsstilsændringer. I den forstand artikuleres og fastholdes en aldrende forsøgs-krop, en modelorganisme, som passer til det givne studie, og som kan overføres til andre lignende kliniske studier. Det bliver derved muligt at undersøge, hvordan aldrende kroppe fysisk kan vedligeholdes. Som jeg har vist, er interventionen imidlertid ikke noget præfikseret og færdigt arrangement, der resulterer i entydige resultater på baggrund af et specifikt og på forhånd defineret input. I stedet for klare definitioner og afgrænsninger af aktiv aldring, som man finder i aldringspolitikker (jf. afhandlingens indledning og eksempelvis Lassen 2014), konfigureres aktiv aldring i laboratoriepraksisser kontinuerligt som afhængig af sin "anden", som jeg berørte i kapitlet ovenfor.

I laboratoriet artikuleres kroppe som ikke umiddelbart passer til de kliniske procedurer. Det bliver kroppe, der falder uden for den standard, den modelorganisme, som tilpasningerne mellem protokollen og forsøgsobjekterne skaber (jf. Nelson et al. 2014). Den førnævnte dynamik mellem skrøbelige og aktive kroppe skaber dermed også en form for overskud af kroppe, som forskerne konstant skal tage hensyn til for at få interventionen til at køre, men som i vidt omfang bliver fraværende fra de endelige data og netop ikke kommer til at figurere i en standard eller modelorganisme. Det har både pragmatiske og epistemiske konsekvenser. På den ene side formes der i forsøgsdeltagelse variationer af kroppe, som, for at citere Johnsson, også skaber "new epistemological layers" (Johnsson 2013:8902) til standardisering af bestemte former for aktiv aldring. På den anden side udgrænses også kroppe, der afviger fra, hvad der i kliniske aldringsforsøg bliver den rette balance mellem en aktiv aldrende krop og en aldrende krop mærket af det, der forstås som et 'naturligt' aldersrelateret forfald. Med udgangspunkt i Law har jeg vist, hvordan disse kroppe bliver "fraværende" og befinder sig på randen af den kliniske forskning og udgrænset fra CALM, ekskluderet fra data, idet de skabes som kroppe, der er enten *for* skrøbelige eller *for* aktive. De kroppe, som ikke passer ind, kan karakteriseres ved at blive for meget, de kommer bag på forskerne og bliver svære at håndtere. I de kliniske procedurer, i deres engagement med den kliniske intervention, bliver kroppene ganske simpelt overdrevent skrøbelige eller aktive. I denne proces forsvinder de derfor også fra de kliniske målinger, de bliver ikke en del af de kliniske forskeres resultater, idet de fra deres synspunkt bliver klare eksempler på, hvor den kliniske intervention har nogle svagheder. De fremstår som eksempler på forskernes fejlslagne arbejde⁶⁵. Det

⁶⁵ Forsøgsprotokollen tilpasses flere gange i løbet af interventionsperioden, hvilket i forskernes optik gør studiet problematisk. I klinisk interventionsforskning er protokollen af afgørende betydning for et studies validitet, det er en form for metodologisk manuskript, der udpeger de væsentlige interventionsfaktorer, mål og metoder (Mathews 2006,

kan være forsøgspersoner, som ikke dukker op til deres aftaler, forsøgspersoner, der ikke kan gennemføre de fysiske tests, eller forsøgspersoner, som besvimer og dropper ud. Netop fordi forskerne ikke betragter disse situationer som værende værd at gøre til videnskab, er det mit argument, at de her situerede kroppe, dette overskud af skrøbelighed og vigør eller aktivitet, som skabes i laboratoriet, kun kan beskrives etnografisk. Fastholdelse af grænserne for aktiv aldring, grænserne for en bestemt aldrende krop, kræver, som jeg har vist, konstant vedligeholdelses- og omsorgsarbejde af både forskere og forsøgspersoner i laboratoriet (jf. Mol, Moser & Pols 2010; Jespersen, Bønnelycke og Eriksen 2014). Dette arbejde bliver kollektivt, det kræver forhandlinger eller 'tinkering', og kan beskrives som en konstant søgning efter nye kropsartikulationer i Latoursk forstand (2004). Som sådan er det en afgørende pointe i kapitlet og i afhandlingen som helhed, at interventionsspecifikke artikulationer af aldrende kroppe ikke nødvendigvis passer med interventionsdesignet, og at dagligdagen i laboratoriet ofte støder på uforudsete forhindringer eller ligefrem producerer dem selv. De etnografiske beskrivelser kan derfor fungere som et væsentligt bidrag til forståelsen af, hvordan bestemte aldringsforsøg kontinuerligt produceres, men også til forståelsen af nuancerne i aktiv og sund aldring, da disse kroppe i overskud kan supplere et fastlåst ideal.

Aldring i de kliniske forskningspraksisser bliver imidlertid ikke alene defineret ved artikulationer af skrøbelige og aktive forsøgskroppe i testlaboratorierne. Udover at være konstitueret i en aktiv-skrøbelig dynamik spiller en aldrende, muskulært stærk krop også en rolle i og for de kliniske forskningspraksisser som et nyt pejlemærke, der hænger tæt sammen med atleten som modelorganisme. I det følgende kapitel diskuterer jeg, hvordan en stærk krop på en gang bliver efterstræbelsesværdig, men også udfordrer og udfordres af, hvordan de ældres allerede igangværende aldringsforsøg praktiseres i relationer mellem aldrende kroppe og aldrende selver. Det er mit argument, at disse relationer – om end foranderlige – får betydning for, hvordan og hvorvidt medicinske indgreb og objektiveringer bliver meningsfulde for forsøgspersonerne at underlægge sig.

Kapitel 5: Aldrende selv

Indledning

Forskeren, der skal tage muskelbiopsien, gør rullebordet af stål klar. Han dækker det af med et grønt papirklæde og lægger instrumenterne lidt tilfældigt

Timmermans & Berg 1997). Ændres protokollen flere gange tyder det på, at studiet ikke har været godt nok planlagt til at begynde med. Hver eneste gang der skal indføres væsentlige ændringer i protokollen såsom opdeling af glukose-test og fysiske test over to dage, ændringer i scanningsproceduren mv., skal det registreres hos Sundhedsstyrelsen.

ovenpå. Imens forsøger biopsitageren at komme til den mandlige forsøgspersons lår, men hans busker sidder for stramt, så de må helt af. Forsøgspersonen hiver sig let op i armene og i fællesskab får biopsitager og forsøgsperson trukket sidstnævntes bukser ned over anklerne. Det er besværligt, når forsøgspersonen ligger ned. Derefter skal låret steriliseres. Det bliver smurt ind i gult. Forsøgspersonen spørger ind til det hele og fortæller om sin kone, der engang fik en infektion og måtte i trykkammer, som for at understrege, at han godt er klar over, hvor vigtigt det er, at forskerne følger proceduren til punkt og prikke. Forskeren, der skal præparere prøven, når den er udtaget, kommenterer på biopsitagerens arbejde og driller ham med, at han gør alting forskelligt fra gang til gang. På bordet, hvor det udtagede muskelvæv skal skilles ad, undersøges i et mikroskop og derefter fryses i flydende nitrogen, ligger alt i en sirlig orden, ingenting er overladt til tilfældighederne. Det ligner næsten et nøje opstillet og gennemtænkt kunstværk.

En assistent rækker en skalpel til biopsitageren, der skærer et overfladisk snit i forsøgspersonens lår, så placerer han biopsinålen ved snittet, og assistenten hjælper med at gøre nålen klar. To metaldele skal passes sammen. Nålen presses ned i musklen, og forsøgspersonen giver sig lidt. "Så" siger biopsitageren, forsøgspersonen spjætter. Et lille stykke muskel er klippet af og føres ud af låret.

*- Bearbejdede feltnoter fra januar
2016*



Instrumenterne til muskelbiopsien er lagt klar på bordet

Selvom mindst en af forskerne tager hånd om forsøgspersonen under muskelbiopsitagningen og lytter til hans historier, er det muskelvævet, som forsøgspersonen giver væk, der primært er i fokus. Forskerne tager hensyn til den enkeltes frygt for proceduren, og de forklarer gerne alt ned til mindste detalje, men lårmusklen skal være tilgængelig, og muskelvævet er en gave, som forsøgspersonerne forventes at give, for at interventionen kan gennemføres⁶⁶. I den forstand sker der her en objektgørelse af forsøgspersonerne i en vedvarende skabelse af udvekslingsrelationer. Muskelvævet flyder væk fra resten af kroppen på briksen. Proceduren fungerer i den forstand som en medicinsk fragmentering og objektgørelse af kroppen, der, som flere studier påpeger, i etnografien ofte tolkes som en fratagelse af patienten agens (Armstrong 2013; Thompson 2005; Mol 2008a). Samme studier har dog ligeledes argumenteret for, at der har været et paradigmeskifte både inden for medicinske praksisser og i kultur- og socialvidenskabelig forskning, der beskæftiger sig med patient og behandler-relationer, som lægger vægt på, at patienter i høj grad har handlerum og indflydelse på de medicinske indgreb, de vælger at underlægge sig (ibid.)⁶⁷.

Forsøgspersonerne underlægger sig i kraft af muskelbiopsien CALM-projektets interesser og samtidig en årelang vestlig interesse for muskler og muskelopbygning (Kuryiama 1999; Mol 2008a). I interventionens objektiveringer efterstræbes et særligt muskulært og fysisk stærkt "aldringsløst selv" (Kaufman 1986). Det aldringsløse selv, der implicerer en bevarelse eller fastholdelse af et særligt selvforhold, forbindes i aldringslitteraturen imidlertid ikke med den fysiske, stærke krop, men i stedet generelt med det enkelte subjekts evne til på én gang at huske og optage ny viden (jf. Kaufman 1986 & 2010; Alftberg 2012:128-130). Det at bevare åndsevnen sikrer kontinuitet mellem livsfaser og bliver således centralt i formningen af et aldringsløst selv (Kaufman 1986 & 2010). I nærværende kapitel argumenterer jeg imidlertid for, at kontinuitet mellem forskellige livsfaser ligeledes kan fremkomme i vedligeholdelse og ikke mindst styrkelse af kroppen, og at dette i CALM formuleres som en væsentlig berettigelse for både projektet som helhed og for forsøgsdeltagelse. Udpegningen af den stærke, muskuløse krop som udgangspunkt for en 'god' og 'rigtig' aldringsproces og for opretholdelsen af et bestemt et aldringsløst selv kan ses som et eksempel på, hvordan aldring er blevet et biopolitisk projekt, som implicerer velfærdsstatens interesse i at skabe og fastholde en stærk og produktiv befolkning. Kapitlet knytter i den forstand an til en af afhandlingens overordnede

⁶⁶ På linje med, hvad Dansk Videnskabsetisk Komité skriver i deres retningslinjer for forsøgspersoner, vil en forsøgsperson som udgangspunkt: "(...) ikke selv få direkte gavn af at deltage i et forskningsprojekt (...)". Derimod forventes det, at man som forsøgsperson deltager for at bidrage til ny viden. Det er i forskningslaboratoriet, at disse udvekslingsrelationer udspiles tydeligst.

⁶⁷ Der er yderligere en dimension af dette spørgsmål, da der i mine analysers tilfælde ikke er tale om patienter, der måske også af nød underlægger sig kliniske procedurer, men netop forsøgspersoner, der i højere grad forventes selv at have valgt CALM-interventionen til. Grænserne mellem forsøgspersoner og patienter i klinisk behandling er imidlertid mudrede, blandt andet på grund af forsøgspersonernes kronologiske alder, hvilket jeg diskuterede i indledningen.

diskussioner omkring CALM som medkonstituerende for en biopolitisk granskning og styring af aldersrelateret forfald og i sidste instans et aldersintegreret samfund, der altså ikke alene vedrører forebyggelse end-sige forandringen af rutiner, men som også handler om at påvirke aldringsprocesser og herunder selvforhold og bestemte praktiseringer af kroppens rolle i aldringen.

I mit etnografiske materiale formulerer forsøgspersonerne, som jeg berørte i afhandlingens kapitel 2, flere forskellige grunde til at deltage i CALM. Grunde, som er koblet tæt sammen med aldringspolitikker, kønnede kroppe, sygdomshistorie og hverdagens rutiner, og som også ændrer sig løbende i forbindelse med forsøgsdeltagelse. Det er derfor både med udgangspunkt i interviews med forsøgspersonerne og observationer fra særligt de fysiske tests og styrketests i fysiologilaboratoriet, at jeg i det følgende vil undersøge, hvordan de (bio)medicinske objektiveringer bliver meningsgivende for forsøgspersonerne at underlægge sig, og hvordan interventionsspecifikke subjektdannelser spiller sammen med udviklingen eller fastholdelsen af bestemte selvforhold.

I kapitlet argumenterer jeg således for, at det at underlægge sig medicinske indgreb, som blandt andet den momentvis smertefulde muskelbiopsi, ikke nødvendigvis bliver det modsatte af subjektivering. Mit udgangspunkt er, at objektivering og subjektivering ofte snarere er hinandens mulighedsbetingelser (Thompson 2005:9-10). Helt konkret trækker jeg på Thompsons studie af kvinder i fertilitetsbehandling (2005) som analytisk ressource. Hvor det er en afgørende pointe hos Thompson, at kvinderne i fertilitetsbehandling måske kan få det, de ønsker sig, at de kan blive mødre, hvis de gør sig selv til genstand for medicinske indgreb, så er det straks mindre entydigt, hvad forsøgspersonerne kan opnå med deres deltagelse i den kliniske intervention. Aldringen kan (endnu) ikke sættes helt i stå, forsøgspersonerne kan ikke undgå at blive ældre, alligevel deltager forsøgspersonerne frivilligt – somme tider med netop dette for øje. De vedvarende selvinterventioner, som de kliniske forskningspraksisser og protokollens livsstilsændringer kan understøtte, handler som tidligere nævnt ofte om at udsætte den fjerde alder. I nærværende kapitel interesserer jeg mig derfor for forholdet mellem interventionsspecifikke objektiveringer og forsøgspersonernes forståelser af succesfulde aldringsforsøg. Jeg fokuserer på, hvorvidt og hvordan forsøgspersonerne i samspillene mellem objektivering og subjektivering kan genkende 'sig selv' i den muskulært stærke og funktionsdygtige krop, som bliver en del af interventionsprotokollen og CALM-projektets målsætning.

I kapitlet undersøger jeg således mere specifikt, hvordan fastholdelse og skabelse af muskelstyrke og stærke aldrende kroppe bliver medkonstituerende for bestemte selvforhold og har betydning for forsøgspersonernes fornemmelse af og stræben efter vedblivende at kunne intervenere i eget liv og skabe sig selv – eller blot ét bestemt 'selv'. Jeg er med andre ord interesseret i at forstå, hvordan genopbygningen af

stærke, muskuløse aldrende kroppe på forskellige måder hænger sammen med skabelser af specifikke selvforhold.

Lårmusklen og et stærkt, aldringsløst selv

Da den lille stump muskel fra muskelbiopsien er taget ud af nålen, bedømmes vævet enten brugbart eller ikke-godt-nok af den forsker, der står ved mikroskopet. Er det udtagne muskelvæv godt, hvilket indebærer, at der er nok til at skære vandrette skiver, skal muskelbiopsien ikke gå om. Det skal skæres "som en spegepølse", siger fysiologen, hvor fibrene lægger sig tydeligt ved siden af hinanden.



Muskelbiopsitagning

Dernæst indkapsles vævet i nitrogen, og vævet fryses ned. Prøven kan senere tages op, og muskelfibre kan sammenlignes med fibre fra efterfølgende biopsier. I den forstand bliver den gamle muskel her noget fortidigt, der kan være med til at skabe fremtidige aldrende kroppe og fremtidige ældreliv. Muskelvævet, der tages ud af forsøgspersonen, er den primære interesse for interventionens fysiologer. Hver tredje måned i hver enkelt forsøgsdeltagers interventionsperiode skal der udføres en ny muskelbiopsi, så forskerne kan måle om musklen er vokset, om protein, sukker eller koblingen mellem træning og protein har haft en effekt på muskelopbygning. Der bliver lagt i fryseren til nye måder at ældes på, hvilket jeg uddyber nedenfor. Objektiveringen, et fokus på lårmusklen, skal således føre til muskulært stærke ældre kroppe.

Lårmusklen er nødvendig for den kliniske interventionsforskning. En lårmuskel, der som oftest er svundet ind, og som derfor indimellem kan være vanskelig at finde, svær at bioptere. I laboratoriet er der lårmuskel med hud, der hænger, der er leverpletter og sår, der kræver forbindelser for at hele. Alderstegnene og forfaldet forhindrer imidlertid ikke CALM-projektets og de kliniske forskeres hypoteser om en mulig genopbygning af lårmusklen, og i bredere forstand genopbygning af en stærk og muskuløs ældre krop.

Opbygningen af muskler har længe været forbundet med idealer om frihed, men ligeledes ansvar og disciplin, hvilket ikke nødvendigvis er hinandens modsætninger (jf. Foucault 1984). Musklerne ansås af antikvare kunstnere og videnskabsmænd som afgørende for en hel identitet (Kuriyama 1999:112). Selv før aftegninger af egentlige muskler. Musklernes fremkomst som nødvendige for kroppen skabte nye forbindelser mellem kroppen og selvet (ibid:133). Antikkens filosoffer så musklerne og den muskuløse krop som "organs of voluntary motion" (ibid:144). Musklerne giver os mulighed for at styre kroppen, at bestemme, hvordan og hvad vi vil gøre, og hvornår vi vil gøre det (Mol 2008a:33-34). Musklerne markerer forskellen mellem frivillige og ufrivillige handlinger (ibid.). Imidlertid åbner denne erkendelse også op for, at musklerne har deres eget liv, at de kan trække sig ufrivilligt sammen for eksempel. Det er det, der sker under muskelbiopsien. I den forstand skal der et særligt selv, et særligt disciplineret menneske til at styre dem. Den kliniske forskning baserer sig på en forventning om, at forsøgspersonerne er i stand til at indgå i kontrolleret muskelopbygning. I tests og i træningen skal forsøgspersonerne ikke alene stille deres lårmuskel til rådighed, de skal *vælge* aktivt at gøre en indsats for at forbedre deres udgangspunkt blandt andet ved at omlægge deres kost.

Fremkomsten af musklerne er ikke kun forbundet med fremkomsten af anatomilæren, men er også forbundet med en særlig form for subjektivitet (Kuriyama 1999:113): den civiliserede, hårdarbejdende, gode borger. En borger, som i udgangspunktet vel at mærke er en mand⁶⁸. Ved at udpege de ældres muskler, og specifikt lårmusklen, som udgangspunkt for intervention er det kliniske forsøg, for at citere etnolog Lene Otto, med til skabe eller omskabe den aldrende krop som biopolitisk subjekt, der skal lære at genkende muskelstyrke som en kilde til et langt og godt liv (Otto 2013:119). I sit fokus på muskelopbygning er interventionen således med til at omdanne forståelsen af den ældre som en, der står uden for samfundet i kraft af sit forfald, til en, der er aktivt kan vælge ikke at blive (muskulært) ældre⁶⁹. Denne mulige subjektdannelse beror på, at forsøgspersonerne skal underlægge sig muskelbiopsier, muskelmålinger og muskelopbygning på linje med, hvad en mandlig atlet forventes at gøre i sin træning (jf. Johnsson 2013). Klinisk, biomedicinsk forskning har en årelang tradition for at bruge mandlige forsøgspersoner, idet blandt andet kvinders

⁶⁸ I antikkens Grækenland var den frie borger en mand. Den frie græske borger skulle være klar til at forsvare polis, og derfor var han forpligtet til at have kontrol over sin krop og sine muskler (Mol 2008:36-37).

⁶⁹ Dette er på linje med EU og WHO's politiske visioner om aktiv og sund aldring (Walker 2002).

menstruationscyklus og dermed deres hormonelle fluktuationer ansås som forstyrrende for forskningsresultaterne (Johnson 2013:891). Standardkroppen i klinisk forskning - også i CALM - konstitueres som den mandlige, muskulært stærke atlet, idet en sådan modelorganisme er både efterstræbellesværdig i forhold til at måle muskelopbygning, muskelvævet er ganske enkelt af god kvalitet, og samtidig er den mandlige atletkrop, en ung og stærk krop, der ikke er påvirket af aldersrelaterede sygdomme (jf. Johnsson 2013). Hvordan denne standard på forskellige måder har betydning for samspillet mellem objektivering og subjektivering i forskellige interventionspraksisser, undersøger jeg ligeledes i det følgende.

Et selvbestemt aldrende selv

Kim er solbrændt, og hans gråhvide hår er sat med voks lidt tilfældigt og rodet. Han har en T-shirt på med motiv af en rockmusiker påsat simlisten og glimmer. Udover T-shirten bærer han en åbentstående skovmandsskjorte. Han kommer for sent, fordi han er faret vild på de mange stisystemer mellem hospitalets bygninger. Han virker lidt genert, måske usikker, som han hilser på os begge og undskylder over for fysioterapeuten⁷⁰, der er fysioterapeut og forsker. Han kigger ikke på hende, men op i loftet og ud til siden. Sammen går vi ind i testrummet, hvor Kim skifter til kondisko, og fysioterapeuten låser hans skuldertaske inde i et mindre rum. Vi går ud og ned ad trapperne til kælderen, hvor gangtesten skal foregå. Fysioterapeuten går forrest, og jeg går bagerst. Kim i midten. Fysioterapeuten beder venligt Kim være opmærksom på, at gelænderet stopper midt på trappen. Kim fnyser let, da hun siger det. Det behøvede han ikke at vide. Da han tager skjorten af, fordi det er varmt i kælderen, vil hun lægge den i tasken, så den ikke bliver snavset – han vil hellere hænge den op på et rør. Kim vil tydeligvis helst undgå hendes omsorg.

- Bearbejdede feltnoter fra feltbesøg den 8.10.2014

Det at kunne klare sig selv fremstår som en etisk fordring i forsøgsdeltagelsen, der er forbundet til den stærke eller i hvert fald fysisk funktionelle krop, og som kontinuerligt produceres og reproduceres i Kims praksisser. Senere på dagen fortæller han mig, at han ikke kan forstå, hvorfor fysioterapeuten og andre på

⁷⁰Jeg har valgt kun at beskrive de CALM-ansattes rolle i projektet eller deres uddannelsesmæssige baggrund, da jeg har lovet dem fuld anonymitet. De steder hvor jeg ved, at CALM-medarbejdere ville kunne genkendes af kollegaer og forsøgspersoner har jeg desuden sløret deres uddannelsesmæssige baggrund.

hospitalet skal behandle ham som en "plejehjemsparat"⁷¹. Kim ønsker ikke at underlægge sig et særligt hensyn eller nogen form for omsorg, men vil gerne underlægge sig andre procedurer og teknologier, og i den forstand samtidig bestemte objektiveringer, for at bibeholde en stærk krop og for at udsætte alderen eller slet og ret gøre alderen betydningsløs for det liv, han lever. Kim *bruger* testlaboratoriet til at skabe og vedligeholde et særligt selv.

I forrige kapitel har jeg argumenteret for, at kontinuerlige og generelle protokoltilpasninger og udarbejdelsen af tillægsprotokoller bliver både et resultat af og en forudsætning for denne individualiserende omsorg, hvorfor der er tale om, at interventionen også *virker* ved at blive en form for omsorgsfællesskab, der inkluderer både forsøgspersoner, forskere og procedurer på Sportsmedicinsk klinik og desuden udvides til at inkludere praktiserende læger, ekstra scanninger og behandlingstilbud i andre regi end CALM. Eksemplet med Kim viser blandt andet, at omsorg eller måske i dette tilfælde rettere en på forhånd tilrettelagt 'hensyntagen' også kan slå fejl. Fysioterapeuten forsøger at skabe en relation til Kim, der beror på en særlig opfattelse af, hvad en ældre krop kan eller skal kunne. Hun henvender sig ikke til 'ham', men til den ældre, hun genkender. Til trods for at hun i kraft af sin uddannelse og mangeårige virke som fysioterapeut er fuldstændig bevidst om, at ældre forsøgspersoner ikke er ens, hvilket hun ved flere lejligheder fortæller mig, artikuleres Kims krop alligevel som ældre eller ligefrem som en skrøbelig aldrende krop med behov for særlig omsorg.

I den situation, som noterne fra min feltbog refererer til, er det tydeligt for mig, hvordan fysioterapeutens konstante hensyntagen til Kims mulige skrøbelighed bliver problematisk. Når fysioterapeuten forsøger at passe på Kim ved at udpege hans skrøbelighed, sætter hun spørgsmålstejn ved Kims selv billede og ved det aktive, selvbestemte aldrende subjekt, han som forsøgsdeltager gerne vil gøres til. Fysioterapeuten har måske ikke som intention, at hun vil tage sig af en aldrende, skrøbelige krop, men det, at gelænderet stopper, siges altid kun henvendt til forsøgspersonerne. Hun nævner det ikke for mig. Hun holder heller ikke selv i gelænderet. Kim fratages i den forstand sin selvhjulpenhed. Fysioterapeuten modarbejder med sit fejlplacerede hensyn det selvforhold, som Kim selv ønsker at fastholde ved at underlægge sig interventionens muskelopbygning. For at blive et særligt selv, for at være i stand til at styre eller bestemme sin egen aldringsproces, sådan som han hidtil har gjort blandt andet i kraft af sit udseende, må Kim kunne tage vare på sig selv, forblive stærk og netop *undgå* andres omsorg.

⁷¹ Jeg taler kun med Kim på klinikken, han vil ikke have mig på besøg eller deltage i et interview. Han er et privat menneske, siger han. Det at han helst vil undgå at involvere sig med forskere og trænere i CALM, at han gerne vil undgå omsorgen og interessen, går godt i spænd med det subjekt, han ønsker at blive og vedblive at være. Han anskuer ganske enkelt ikke sig selv som en, der behøver intervention. Dette uddyber jeg i analysen.

For Kim handler det ikke alene om at bevare kontinuitet mellem livsfaser, sådan som Kaufman argumenterer for (1986). Det handler for Kim ligeledes om medbestemmelse eller selvbestemmelse. Kim forsøger at tage kontrol over sin aldringsproces. Den selvteknologiske domesticering, som jeg har argumenteret for karakteriserer forsøgspopulationen, former således ikke én bestemt subjektivitet eller én form for aldrings/løst selv. I stedet vil jeg argumentere for, at der snarere kan være tale om processuelle selvforhold med mange nuancer, der kontinuerligt skabes blandt andet i et samspil med CALM-interventionens forskellige og skiftende objektiveringer.

Interventionens objektiveringer skal understøtte et særligt selvforhold, for at Kim som et viljesfyldt subjekt vedblivende engagerer sig som forsøgsperson. Kim underlægger sig specifikke objektiveringer for at blive og forblive et *selvbestemt* aldrende selv. Der sker således en objektivering og dermed subjektivering af en for Kim forkert krop og et forkert, eller i hvert fald et andet, selv end det selvbestemt aldrende, som Kim vil vedblive at være. Med sin hensyntagen tager fysioterapeuten ikke vare på Kim, men i stedet et omsorgskrævende selv, en ældrefigur, der har brug for, at hun agerer plejer, som Kim forstår det. Kim undslår sig. Alligevel følger han, som vi senere skal se, fysioterapeutens konkrete instrukser. Kim accepterer fysioterapeutens hensyntagen og omsorg i det omfang, at hun er bindeleddet mellem måleinstrumenter og testmaskiner, som skal gøre ham til det – eller den – han gerne vil være. Han lytter, når hun forklarer ham, hvad de forskellige teknologier er i stand til, og når hun giver en konkret instruktion. Det interesserer ham ikke at blive passet på, men det interesserer ham at gøre sit bedste.

Det understreger, hvordan magten ikke alene residerer hos behandleren og i dette tilfælde fysioterapeuten (Thompson 2005:191), men at den anden part i relationen, her Kim, også har del i magten og i objektiviseringsprocesserne. Thompson skriver: 'The patients do not so much let themselves be treated like objects to comply with the physician as they comply with the physician to let themselves be treated like objects' (ibid.). Kim reagerer på den fejlplacerede omsorg, men han forsøger at være i den, at underlægge sig den trods alt. Relationen til fysioterapeuten udholdes, fordi en sådan relation er med til at sikre hans fortsatte deltagelse i den kliniske intervention og dermed adgangen til de teknologier, der kan lade ham blive og forblive et selvbestemt aldrende selv (jf. Thompson 2005).

Den type af omsorg for en skrøbelig aldrende krop, som fysioterapeuten yder, hænger dog også sammen med den test, som Kim skal til at udføre. De mange gange, jeg overværer de fysiske tests på klinikken, er det altid på turen op og ned ad trapperne og i kælderen, hvor en specifik test udføres, at fysioterapeuten forsøger at etablere forbindelser til forsøgsdeltagerne. Det er her, hun prøver at få en fornemmelse af deres hverdag, deres interesser og også deres funktionelle niveau – ud over hvad testen i sig selv kan vise.

For at finde ud af, hvordan Kims funktionelle niveau er, skal han forsøge at gå så hurtigt som muligt i en gangtest i de lange smalle kældergange under hospitalet. Fysioterapeuten stiller kegler op med 4 meters mellemrum. Kim skal gå distancen, frem og tilbage mellem keglerne, ti gange. Fysioterapeuten går skråt bagved Kim med et stopur. Kim går hurtigt, han løber næsten. Det ser ud som om, at han presser sig selv voldsomt for at få en hurtig tid. Fysioterapeuten spørger ham efterfølgende om han er vant til at gå, for han gik forholdsvist hurtigt, klarede distancen på kun 3.20 minutter. "Der var fart på", roser hun. Kim svarer, at han rejser og vandrer meget. Nå sådan, siger fysioterapeuten for at åbne op for samtale: "hvor har du så rejst?" I Indien, Sri Lanka, Caribien, svarer Kim og tilføjer: men der er jo fladt i Caribien. Så siger han ikke mere.

- Bearbejdede feltnoter fra feltbesøg den oktober 2014

Gangtesten, som er beskrevet ovenfor, er en funktionel test, og med forsøgslægen og fysioterapeutens ord en 'blød test', som udover at bestemme forsøgspersonens funktionelle niveau, både før, under og efter eventuel træning og indtagelse af kosttilskud, også kan være gavnlige i den enkeltes dagligdag. Testen drejer sig om ganghastighed med tanke på, at de ældre skal vedblive eksempelvis at kunne komme over, mens der er grønt i et fodgængerfelt.



Gangtest (det er ikke Kim på billedet)

Med et lignende blik på hverdagen som en stabil, møblerbar størrelse, udføres en rejse-sætte-sig test (RSS-test), hvor forsøgspersonen skal rejse og sætte sig på en stol så mange gange som muligt inden for et afmålt tidsrum. Som en øvelse, der også indgår i hjemmetræningen, skal RSS-testen sikre, at forsøgspersonerne kan rejse sig fra en stol uden at falde. RSS-testen skal tjekke forsøgspersonernes funktionelle niveau ved at fokusere på muskelstyrke i lår og ben og ved at fokusere på balance. I testen på klinikken bliver forsøgspersonerne bedt om at krydse deres arme foran kroppen, idet de gennemfører øvelsen. Derved sikres det, at de kun bruger de store muskler i benene og gluteus. I hjemmetræningen, hvor øvelsen også indgik, skulle forsøgspersonerne ikke krydse armene foran kroppen, da øvelsen her snarere gik ud på at styrke forsøgspersonernes alment funktionelle niveau⁷².

I gang-testen og i RSS-testen handler genopbygningen af en stærk krop både om at tjekke, men også om at hjælpe den enkelte til at kunne klare sig selv og de daglige gøremål. I disse tests objektiveres forsøgspersonerne som ustabile kroppe og hverdagsliv, der har brug for genoptræning. Fysioterapeuten forsøger således først at pejle sig ind på og tage ansvaret for Kims aldrende krop. For Kim er det ikke meningsgivende. Han kan allerede selv. Han er i egen selvforståelse det stærke, muskuløse, aldringsløse selv, som er en del af interventionens standard. En standard, som først og fremmest bygger på en atletisk mandekrop.

Derfor er det væsentligt for Kim at bevise, at han ingen problemer har med at klare sig funktionelt. Fysioterapeuten tyer således også til ros, mens hun samtidig spørger ind til hans livssituation. Kim svarer kun på det allermest nødvendige. Således forsøger fysioterapeuten ikke at blive en autoritet ved at stille krav om lydighed, ved at udstede ordrer eller ved at presse Kim. Fysioterapeuten tager styringen, men vil inddrage Kim og sørge for, at han føler sig set. Omsorg og autoritet bliver således to sider af samme mønt. Fysioterapeuten overgiver autoriteten til Kim ved både at rose ham og indgyde ham håb i forhold til hans præstation. Her er det tydeligt, hvordan autorisation opstår i en relation, hvor den ene part giver den anden part mulighed for at leve op til nogle bestemte forventninger ved at kommunikere en tro på, at denne er i stand til at gøre det, han forventes at gøre (jf. Winther 2017:82).⁷³ Fysioterapeuten forsøger netop at skabe en fysisk aktiv og *god* forsøgsperson ved at påpege, hvordan Kims evne til at gå i højt tempo hænger sammen

⁷² I rehabilitering, der ofte har en anden målgruppe end den, der indgår i CALM, er RSS-testen også en måling af kognitive evner, idet den samtidig tjener til at undersøge, hvorvidt de ældre er i stand til at forstå og følge instruktioner (jf. Clotworthy 2017). Dette giver et billede af forbindelserne mellem det kognitive niveau og kropslige evner. RSS-testen blev ikke brugt sådan i interventionen i CALM, når jeg spurgte fysioterapeuten, pointerede hun, at det ganske enkelt ikke var nødvendigt. Det fortæller igen noget om, hvilken forsøgspopulation forsøgsprotokollen muliggør, og det understreger samtidig, hvordan skrøbelighed, aldring og forfald er konstant foranderlige faktorer, som også artikuleres i *møderne* mellem professionelle og forsøgspartnere.

⁷³ Winther referer i sin analyse til filosofen Vinciane Despret, der netop interesserer sig for subjekt 'becomings' og relationerne mellem den observerede og den observerende i videnskabeligt arbejde. Despret har blandt andet undersøgt, hvordan etologer skaber forbindelser til deres undersøgelsesobjekter og giver dem mulighed for at blive til/forme sig selv på nye måder. Despret argumenterer i den forbindelse for, at subjektivitet er distribueret og skabes kontinuerligt (Despret 2004 & 2008), hvilket også er et argument i nærværende kapitel.

med hans stadigt aktive livsstil og også fortsat skal gøre det. Dette giver Kim mulighed for at indtage en position som kompetent forsøgsdeltager, at tage autoriteten for sin deltagelse på sig, mens han samtidig reproducerer forskerens og interventionens autoritet (ibid.:82-83). Det er centralt for fysioterapeuten at lade forsøgsdeltagerne forstå, at hun tager dem alvorligt, at hun ved, at de er engagerede, men også at hun styrer slagets gang. Det er hende, der ved, hvad der skal ske, hun står på vagt for CALM-interventionens logikker. Der er derfor ikke tale om en deling af ansvaret, som kan forklares entydigt ud fra Mols ideer om en 'omsorgens logik'⁷⁴. Det, der finder sted her, er snarere en overdragelse af autoritet. At stille krav er også omsorg, men det er her ikke en omsorg for Kim, snarere er det fysioterapeutens omsorg for forskningens resultater. Fysioterapeuten sporer sig ind på forsøgspersonerne, og på den baggrund *overdrager* hun ansvaret for interventionens logikker og resultater, for eksempel ved at koble testene til fortællingerne om deres livssituation, som hun gør i forhold til Kim og hans rejser. Det er en form for støbning af Kim i interventionens billede.

Kim føler dog tydeligvis ubehag ved at konversere, ved overhovedet at blive inddraget. For denne form for omsorg, hensynet til ham og hans krop, inddragelse og overdragelse af autoritet foregår på de forkerte præmisser. Kim bliver en forsøgsperson, der på grund af *alder* har brug for at styrke sin funktionalitet. Som jeg har argumenteret for ovenfor, handler det om, at den pågældende form for objektivering ikke giver mening, fordi den ikke kan føre til den – for Kim – ønskede subjektivitet. Anderledes er samspillet mellem objektivering og subjektivitet i en anden type af interventionens tests, hvilket jeg uddyber i det følgende.

I interventionen skelnes der mellem funktionelle tests og styrketests. Styrketests er helt konkret forbundet med lårmusklen. I styrketestene handler det om regelrette mål for lårets muskelstyrke. Muskelstyrke måles i watt eller newton eller lignende kraftenhed. Håndgribestyrke, powerrig og isokinetisk og isometrisk styrke. Oppe fra kælderen igen er det denne form for testning, der skal finde sted. Fysioterapeuten skal måle, hvor hårdt Kim sparker ind mod en fastnaglet plade. Vi har bevæget os ind i et aflukket rum med flere maskiner. Kim sidder i et sæde i en af maskinerne lige over gulvet. I testrummet tager fysioterapeuten en ny stemme på. Sin monotone trænerstemme. Der er en helt anderledes hårdhed i den stemme end i den, hun talte med, da vi for lidt siden gik rundt nede i kælderen. Nu lyder det, som om hun giver ordrer eller *spotter*⁷⁵ Kim til at yde mere. Fysioterapeuten forklarer Kim, hvordan han skal sparke. Først med 50 procent af sit maksimum og derefter med fuld styrke.

⁷⁴ I den manifestlignende *The Logic of Care* (2008) gør Mol op med, hvad hun benævner valgfrihedens logik, der opstod som modvægt til en paternalisme, som tidligere prægede sundhedsvæsenet. I stedet forslår hun omsorgens logik (the logic of care), hvor patient og læge "share the doctoring" (Mol 2008:65); altså deler ansvaret for behandling.

⁷⁵ At spotte betyder som bekendt at håne eller latterliggøre. Spotting er dog også et udbredt begreb i fitnessverdenen, der bruges om de måder, hvorpå trænere eller en kammerat kan hjælpe f.eks. en vægtløfter til at yde eller løfte mere.

Fysioterapeuten råber: "hurtigt og hårdt!" Kim sparker.

Yes flot! SPAARRKKK råber Fysioterapeuten igen. Hun oplyser, hvor hårdt Kim har sparket: 311. Du er meget stabil må man sige. Vi skal se om du kan slå 311. Det kunne du – vi skal se, om du kan slå 315. 307. 315 er måske dit max.

Fysioterapeuten taler som et bånd. "Nå, du må gerne sætte foden op igen, vi skal se, om du slår 322. 326, så det kunne du. Vi skal se, om du slår 326. Det var lavere. Nå, men vi skal jo have to, der er lavere eller om 326 er dit maks. 305 – så har du toppet. Det skal vi lige have tastet ind her. Computeren er en gammel 80'er model, men det går. Du må gerne rejse dig og gå rundt, hvis du har brug for det." Kim bliver siddende.

Kim skifter til det andet ben. Fysioterapeuten siger højt: "374. Hold da op. Den var meget højere. Hun lyder imponeret. 365 den var lidt lavere. Og 370 det var lavere, så er 374 dit maks. Det var faktisk bedre med det her ben end med det andet. Kan du selv mærke den forskel?" Det kan Kim ikke.

De er færdige med at sparke, og Kim rejser sig fra maskinen. Fysioterapeuten instruerer ham i rejse-sætte-sig-test. Med stor autoritet og entusiasme viser hun hvordan, Kim skal sætte sig på en stol og krydse armene over brystet.

Da de er færdige, spørger hun Kim: "er du forpustet" Kim svarer: "Lidt, meget lidt." Fysioterapeuten: "det skal man også være, når man når så meget, som du når".

Derefter skal Kim have målt sin håndgribe styrke. Han skal klemme så hårdt, han kan i et dynamometer, der består af et smalt håndtag med to fjedre. Håndgribestyrke vurderer både muskelstyrke, og er en egentlig biomarkør for aldring. Efter første forsøg spørger fysioterapeuten, om han ikke kan klemme hårdere. Og så fortæller hun, at de har et referencemateriale, så de lige om lidt kan se, hvor han ligger i forhold til de andre.

Fysioterapeuten: "Venstre hånd. Skal se om du kan slå 51,4." Kim spørger fysioterapeuten: "Har du nulstillet." Fysioterapeuten: "Det gør jeg lige om et

En spotter hjælper med at holde vægtstangen, så den ikke lander på løfteren, mens hun/han samtidig kan komme med opmuntrende tilråb.

øjeblik. Det var godt, men du må gerne hjælpe lidt mere. Man bruger alt, hvad man har.”

Fysioterapeuten: ”Jeg nulstiller, og du er klar til at klemme så hårdt, som du kan. Og kleeemmm!” Råber hun. ”En test tilbage, men inden vi gør det, kan vi lige se på referencematerialet.” Hun spørger, hvor gammel Kim er.

Kim: ”66”.

Fysioterapeuten: ”Nå, jamen så er du jo en af de unge. Og du ligger lige her oppe på toppen. I sparketest er du gennemsnittet. Nej, højere end gennemsnittet. Så er risiko for tab af funktionsevne lavere.”

Fysioterapeuten spørger Kim, om det svarer til hans egen fornemmelse. Kim svarer hende lidt studst: ”Det er ikke noget, som jeg spekulerer på!”

- Bearbejdede feltnoter fra feltbesøg den 8.10.2014

Det er tydeligt, at det i styrketestene i langt højere grad drejer sig om at præstere et godt resultat, end det gør i de funktionelle tests. Selvom fysioterapeuten forsøgte at inddrage Kim i gangtesten ved at rose ham for hans præstation, går hun i styrketesten helt eksplicit efter at få Kim til at yde sit bedste. Muskelstyrke her er ikke kun en biomarkør for aldring, men også en konkurrencemarkør. Her er interventionens standard, den mandlige atlet, i spil. Det gælder om at holde trit med eller ligefrem at slå de andre i det referencemateriale, som testningen både baserer sig på, og som den har resulteret i. Kim skal samtidig hele tiden slå sin egen præstation for at finde det udgangspunkt, hvorfra en progression i muskelvækst kan finde sted. Kim gives mange forsøg til at præstere bedre end tidligere. Der er dermed en anden version af den stærke krop og det aldringsløse selv i styrketesten, en anden form for objektivisering, der inkluderer aldersrelateret forfald, men som også tilsiger, at Kim kan gøre noget ved det. Fysioterapeuten og Kim transformerer hermed testens objektivisering til en sportskonkurrence. Men på hver deres måde:

Fysioterapeuten forsøger at skabe interventionens stærke, aldringsløse krop, der ikke taber muskelmasse. Det er en krop, der er afhængig af både Kims præstation og af de andre mænd i referencematerialet. Kim skal, som det fremgår af mine observationer fremstillet ovenfor, slå den standard, som er indeholdt i referencematerialet. I fysioterapeutens forståelse konkurrerer Kim både med sig selv og de andre mænd, som standarden baserer sig på. Hun bruger referencematerialet til at motivere Kim. Kim anerkender imidlertid ikke umiddelbart, at han har behov for at sammenligne sig med andre – endsige overhovedet for at spekulere over, hvorvidt det går ned af bakke eller om han kan bevare sin funktionsevne. Kim vil gerne klare sig

godt, han giver alt, hvad han har i sig, men han tager det samtidig som en selvfølge, at han kan vedblive at være bedst. Som han svarer fysioterapeuten, da hun spørger, spekulerer han ganske simpelt ikke over, hvorvidt han ligger højere eller lavere end gennemsnittet. Han har heller aldrig spekuleret over, hvilket af hans ben, der er det stærkeste – eller tilsvarende om han har mistet styrke i et af sine ben. Kim har allerede naturaliseret sig selv som værende ”bedst i test”. Kim anskuer sin krop som uproblematisk.

Kim genkender således allerede sig selv som et aldringsløst og selvbestemt aldrende subjekt, og testningen handler i høj grad om ikke at blive normaliseret som en del af standarden, men at vedblive at være et specifikt og unikt selv, som ikke kan sammenlignes med de ”plejehjemssparate”. Dette understøttes særligt af styrketesten. For Kim er det ikke omsorg forstået som håndtering af hans ældre krop, der kan gøre ham til det subjekt, han ønsker at være. Omsorgsfællesskabet giver ikke mening at være en del af. Han vil ikke objektiveres som aldrende krop, men ønsker, som allerede nævnt, snarere at være medbestemmende for, *hvornår* alderen indtræffer, og hvordan den får betydning. Kim presser sig selv. Han kæmper hele tiden for at holde trit med sit eget selvbillede. Når testen ligner sportsudøvelse, er det lettere for Kim at underlægge sig objektiveringen, idet konkurrence understøtter det selv, som Kim ønsker at være. I konkurrencesporten kan han ’vinde’ over alderen, Kim kan være i kontrol. Her er Kims selvforhold tilsvarende den mandlige, kontrollerede og disciplinerede atlet, som forskerne også genkender sig selv som eller i hvert fald efterstræber. Det er dog ikke nødvendigvis muskulær styrke, der motiverer ham, men snarere netop bevarelse af en funktionel krop, hvilket jeg vender tilbage til. Maskinerne og fysioterapeutens konkrete instruktioner hjælper ham på vej, og omsorgen får her en anden karakter. I den forstand indgår teknologierne, referencematerialet, maskinerne på lige fod med fysioterapeuten i objektivering og subjektivering af Kim (jf. Mol, Moser og Pols 2010:14; Thompson 2005).

Når fysioterapeuten spørger til Kims fornemmelse af egen formåen, minder hun ham om forfaldet, at han også bliver ældre, en objektivering, Kim nødt til vil underlægge sig. Interventionen skal i stedet både understøtte kontinuiteten og sørge for, at han er stærk og uden alder. Det stærke, selvbestemt aldrende selv skal Kim vedblivende kunne tage for givet. Den aldrende krop i forfald, den krop som Kim konstant gøres opmærksom på af fysioterapeuten, er for Kim en trussel mod et domesticeret og fastetableret selvforhold.

Selvom en form for aldringsløst selv indgår i interventionens objektiveringer og subjektiveringer, bliver der således flere variationer af dette selv. Kim vil bestemme over sin aldringsproces, han kan ikke være genstand for en form for omsorg eller hensyntagen, der for ham hører en helt anden livsfase til. Kim kan derimod domesticere konkurrencekroppen, den mandlige, aldringsløse, muskuløse atlet, som de kliniske praktisser også artikulerer. Denne krop, og denne specifikke subjektivering, bliver imidlertid ikke altid meningsfuld for andre af forsøgspersonerne, hvilket jeg viser i det følgende afsnit.

Et aldringsbevidst selv

Det er ikke nødvendigvis CALM-projektet eller forsøgsdeltagelse, der destabiliserer det aldringsløse selv, som forsøgspersonerne ønsker at være eller forblive. For Peter, som vi mødte i indledningen, er denne destabilisering allerede indtruffet. Opbygning af muskelstyrke kan for Peter både være en påmindelse om en kontinuerlig destabilisering af et aldringsløst selv og et led i at stabilisere et *aldersbevidst* og livsdueligt selv. Selvom Peter for længst er gået på pension, kalder hans kone Ellen ham en arbejdshest og fortæller, hvordan bevægelse eller motion langt fra er integreret i hans daglige rytme. Peter mærker dog samtidig, hvordan træningen og det at være stærk har betydning for, hvordan han har det med sin krop, og hvad han kan overkomme fysisk. Alligevel understreger både Peter og Ellen, at det er intellektet, Peters akademiske kundskaber og hans viden fra et langt arbejdsliv, der i høj grad er afgørende for hans selvforhold og i vidt omfang deres indbyrdes relation.

Peter: Styrke, det er jo, at man har et overskud, og man kan lave flere ting. Jeg kan jo se på jævnaldrende, at jeg gennemsnitligt kan en del mere fysisk, altså selvom jeg snart er 77 år. Det giver et overskud. Jeg er også meget flink til at gå ture. Ikke så flink som Ellen siger, at vi skal.

Peter råber til Ellen i den anden stue: Er det ikke næsten godt nok?

Ellen: Nej!

Peter: Hør, der er lidt divergerende opfattelser.

Ellen: Peter har ikke den der fornemmelse af, at han ikke skal gå hver eneste dag. Hvis du skal arbejde en dag, så generer det dig ikke så meget, at du ikke kommer ud at gå. Der er nogle mennesker, de skal bare gå de der 10.000 skridt hver dag – uden snyd, ikke? Det ligger ikke til Peter, Peter kommer fra sådan en rigtig arbejdsfamilie, hvor arbejdet simpelthen var det helligste.

- Interview 26.januar 2016

Med arbejdsfamilie mener Ellen ikke arbejderfamilie, hun mener snarere en karrierefamilie⁷⁶. Arbejdet har altid været i centrum for Peters gode liv. Fysisk træning og fritidsaktiviteter som en gåtur kommer i anden

⁷⁶ I den strukturelle livsformsanalyse udledes den karrierebundne livsform. Denne livsform har arbejdet som *mål*. I en karrierelivsform sælger man ikke alene sin arbejdskraft, men i stedet sin unicitet. Det drejer sig for den enkelte om konstant at uddanne sig og avancere ved at stille krav til sig selv. På denne baggrund opnår man ansvar, indflydelse og frihed til at disponere i sit liv (Højrup, 1983:114)

række. Ellen derimod forsøger at leve op til det aktivitetsideal, som interventionen også bliver medkonstituerende for. Hun forsøger at integrere råd om aktiv aldring i parrets daglige rutiner ved blandt andet at opfordre til gåture i det kvarter, hvor hun og Peter for få år siden er flyttet til. Selv havde hun dog ikke lyst til at melde sig til CALM-projektet, for meget tid ville gå med det, som hun siger. Hun føler heller ikke, at hun har lige så meget brug for den hårde fysiske træning, som Peter har det, netop fordi hun selv *vælger* at gå ture, og lytter til anbefalingerne. I den forstand synkroniserer hun og Peter med aktiv og sund aldringspolitikker på forskellige måder (jf. Lassen & Jespersen 2016). Dog er de enige om vigtigheden af at være i form til at passe et fælles liv. Ligesom deres fælles dagligdag skal understøtte det, de begge forstår som et sundt liv.

Peter: Vi overvejede, at det skulle være lejlighed på første sal max. med henblik på fysikken, men nu siger vi, at det var heldigt, at det blev anden sal. Den der daglige tur op og ned, nogle gange mange gange, og med rygsæk og vægt på, det gir' altså også noget fysisk træning. Så længe man kan bære det op her, så er det fint.

- Interview 4. november 2014

For Peter er der også et væsentligt konkurrenceelement i interventionen. Modsat Kim, som nødtigt vil se sig selv som en del af standarden, er Peter helt eksplicit optaget af at slå standarden. Hvor Kim i egen selvforståelse er helt frigjort fra standarden, han ser ganske enkelt ikke sig selv som en del af referencematerialet, er det at være bedre fungerende fysisk end andre på samme alder afgørende for Peters engagement i kropslig udfoldelse. I den forstand etablerer og fastholder interventionens objektiveringer en anderledes interesse for kroppen hos Peter. Efter interventionen er slut, laver Peter et skema, hvor han noterer, hver gang han har trænet. Han forhører sig dog først hos forskerne om, hvor lidt træning der skal til for at holde det funktionelle niveau, han har opnået i sin tid som forsøgsperson. Han vil ikke træne mere end nødvendigt. Han underlægger sig i den forstand interventionens objektiveringer, men griber også selv ind i og fortolker interventionsprotokollen, så den kan passes ind i rammerne for hans gode liv.

Peter er vokset op i en akademikerfamilie og er opdraget med, at åndens arbejde er både finere og vigtigere end det fysiske. For Peter kan fysisk arbejde accepteres i det omfang, at det resulterer i noget: et færdigbygget sommerhus, en brændestak eller en gåtur ned at handle. Andet er spild af tid. Det er i forhold til det intellektuelle, at han hidtil har konkurreret med andre. Kroppen og det fysiske var i mange år noget sekundært. Lige indtil Peter fik en blodprop i hjertet.

Peter: Alder tænker jeg jo ikke over vel. Kun når folk falder fra selvfølgelig.

Mine søskende for eksempel, som jeg fortalte. Og så blodproppen. Den var jo en forskrækkelse. Det skubbede da til nogle ting. Eller til mig måske

Marie: Hvordan det?

Peter: Jeg blev mere bevidst om nogle ting. Jeg spiser mindre kød nu selvfølgelig, mindre animalsk fedt. Før var der nok lidt for mange røde bøffer. Og så er der hjertetræningen. Den har jeg nærmest aldrig misset. Men jeg blev bange, det slog mig da ud af kurs. Der kommer en anden bevidsthed om... Altså det er jo en kliché... Men en anden bevidsthed om, at det jo ikke varer evigt. Livet. Og en bevidsthed om min alder, tror jeg. Selvom jeg jo faktisk ikke var så gammel.

- Interview 26.januar 2016

Blodproppen i hjertet ændrede Peters dagligdag på et helt praktisk plan. Han begyndte at spise anderledes, og efter hospitalsopholdet meldte han sig ind i hjerteforeningen. Flere gange ugentlig kørte han til en anden by for at gå til hjertetræning: gymnastik, der styrker kredsløbet og konditionen. Peter kom sig uden mén. Dog skal han resten af livet tage hjertemedicin. Alligevel gjorde den pludselige hændelse både alderen og døden nærværende. Hjertetilfældet var i vidt omfang et brud med kontinuiteten – med den Peter var. Hittidige rutiner og forestillinger om fremtiden er rystet. Begivenheden førte til objektivering af kroppen som en maskine, en krop, der til stadighed behøver vedligeholdelse og rehabilitering, og i kraft af dette til subjektivering af et aldersbevidst selv. Selvom sygdom kan være frygtet og til stor frustration for Peter, har sygdom – og behandling – gjort kroppen mere præsent for Peter. Også på måder, som han dagligt glædes over. Den disintegration af krop og selv, som ifølge Kaufman (1986) og flere andre aldringsforskere⁷⁷ bliver kendetegnende ved et aldringsløst selv, synes ikke at karakterisere Peters selvforhold.

Den pludseligt opståede alvorlige sygdom nødvendiggjorde nye former for objektivering og intervention. Jeg vil argumentere for, at dette viser, hvordan relationerne mellem krop og selv og forholdet til kroppen i aldringsprocessen først og fremmest må forstås som omskifteligt og situeret (jf. Grøn 2018; Tulle 2008). Kroppen på én gang forrådte Peter og blev væsentligere for at sikre Peter et godt liv eller livet i det hele taget. Det var først i kraft af sygdommen, at Peter blev bevidst om sine rutiner, hvordan hans dage så ud, at han tog bilen til og fra arbejde, at han altid sad stille ved computeren om aftenen. Etnologiske studier har

⁷⁷ Se også kapitel 1 og desuden aldringsforsker Mike Featherstones begreb 'post-body' (1995), der også peger på, hvordan mennesker i de sidste faser af livet, grundet kropsligt forfald, identificerer sig mindre som krop.

flere gange påpeget det måske lidet overraskende, at det ofte er i kraft af dramatiske begivenheder, at rutiner forskubbes og forandres (Andersen 2014; Löfgren & Ehn 2010; Holst Kjær 2009). Rutiner er med til at skabe kontinuitet og en form for kontrol over tid, kontrol over dagligdagens hændelser (jf. Löfgren & Ehn 2010), mens de ved alvorlig sygdom som i Peters tilfælde kan blive vanskelige at håndtere og også kommer til at være den eneste forklaring på det dårlige, der indtraf. I den forstand bliver spørgsmål om livsstil gjort til et individuelt problem, hvilket blandt andre historiker Signild Vallgård har argumenteret for, er grundlæggende problematisk, idet det lægger et voldsomt pres på den enkelte for at ændre nogle strukturer, det i virkeligheden burde være et fælles ansvar at ændre (Vallgård 2009). For Peter er bevidstheden om hans fysiske helbred både et pres og et gode.

Idet Peter kom i behandling for sin hjertelidelse, passerede han samtidig gennem et system, der disciplinerede ham til at tage sin sygdom på sig. Med udgangspunkt i Foucaults ideer om selvteknologier, er denne form for disciplinering imidlertid ikke reducerende, den er snarere produktiv og transformativ. Disciplineringens evne til at ændre nogle eller noget afhænger af, hvem der disciplineres, den afhænger af disciplineringens evne til at skabe viden om de handlemuligheder og praksisformer, hvori det specifikke individ konstitueres (Foucault 1988, Gordon 1991:35). Desuden hviler disciplineringens succes og virkning på de nye kompetencer, som disciplineringen sætter i værk (Gomart 2004:100). Peter var syg, og han lader sig kontinuerligt objektivere og disciplinere i håbet om at forblive rask. Det er tydeligvis blevet en del af Peters selv- og sygdomsforståelse, at det er op til ham selv at objektivere kroppen for både sine egne og andres indgreb.

Peters deltagelse i den kliniske intervention, og specielt den hjemmetræning, han skal udføre, er således en del af den varetagelse af kroppen og fornyelse af rutiner, som hjertetilfældet har nødvendiggjort. Peter bliver i behandlingsforløbet givet et livslangt ansvar for eget helbred, og derfor bliver det også umiddelbart meningsfuldt for ham at underlægge sig de kliniske objektiveringer som forsøgsperson.

Peter: Nu skal man jo så indregne, at hvis jeg ikke havde gjort noget, så var det bare blevet værre. Det er jo det svære for mange mennesker, at de bliver altså ret hurtigt lidt slappe, når de går på pension. Det er rart at konstatere, at man klarer det fint, ikke er handicappet, for nu har jeg jo også haft det med hjertet. Jeg har da også lige spekuleret i, hvor gammel var min mor, da hun døde ikke? Jeg tænker, hold da op, du er allerede meget ældre end hende. Det kræver noget, det har jeg jo tidligere erkendt.

- Interview 26. januar 2016

Med interventionen skabes således en form for kontinuitet i relation til den krop og det selvforhold, som hjertetilfældet var medskabende for. forsøgsdeltagelse, og særligt træningen i interventionen, bliver en stabilisering af Peters *aldringsbevidste* selv. Peter kan genkende sig selv i den muskuløse kønsmærkede krop, som er en del af interventionens objektiveringer, han vil gerne være stærk, men ikke som Kim i et forsøg på at vinde over aldring, snarere i et forsøg på at leve med aldring. Fysisk aktivitet og aktivitet i det hele taget kan ydermere anskues som en måde, hvorpå ældre holder deres dårligdomme på afstand: "at arm's length" (Lassen 2014c). Kroniske sygdomme og diagnoser bliver holdt på afstand af hverdagen og bevidstheden, men sygdommene forsvinder ikke helt fra de daglige praksisser (ibid.:378). For Peter er den fysiske aktivitet ikke nødvendigvis et middel til at holde sygdommen på afstand, men snarere minder den ham om hans alder, om hans eget ansvar for vedligeholdelse af helbredet og dermed den nødvendige objektivering af kroppen. Dette kan forstås med udgangspunkt i sociolog Susan Pickards tese om en biomedikalisering af aldring (2013), som jeg berørte i indledningen. Der er med udviklingen af nye biomedicinske teknologier opstået nye måder at forstå den aldrende krop på, som bunder i en specifik politisk anatomi (jf. Pickard 2013), hvor den ældre krop bedømmes på lige fod med en yngre, voksen krop. Den ældre krop forventes at kunne det samme som en yngre krop, hvorfor diverse skavanker og forfald der opstår med alderen, betragtes som anomali, som medicinske tilstande og sygdomme, der ikke bør være der. Der sker med andre ord en patologisering af alderdommen. Som det er tilfældet med Peter, slår denne patologisering særligt igennem i forhold til hjertetilfældet. Andre gange regner han kroniske sygdomme som en med hans egne ord "naturgiven" del af det at blive gammel. Peter skelner således mellem sygdomme, der naturligt kommer med alderen, og de sygdomme, som han selv har ansvaret for, og som han kan intervenere sig ud af. Han har fået problemer med prostata, men i forhold til det er han langt mere accepterende.

Peter: Jeg har sådan set diagnosen prostatacancer. Det er dog i langsom udvikling. Hvis det så udvikler sig, så kan man få noget behandling. Men så kommer der alle de her kedelige bivirkninger med prostata. Nu hørte jeg så i radioen i dag, at det kan man nu afhjælpe. Det er jo især kønsdrift, altså erektion. Det har vi da også diskuteret herhjemme. Der jo andre ting i livet.

Ellen: Ja, vi har diskuteret det i teorien, noget andet er, når det kommer til praksis, det vil jo vise sig. Altså, man kan have en forhåndsindstilling, men man kan jo dæleme ikke forudberegne. Men vi jo fået de børn, vi skal have [griner stille].

- Interview 26.januar 2016

Forsøgsdeltagelse og de medicinske objektiveringer er altså kun gavnlige i forhold til helt konkret at bevare status quo. Deltagelse i CALM-projektet kan ikke forhindre aldersrelaterede sygdomme i at opstår, men de objektiveringer, Peter underlægger sig, herunder særligt træning, kan i Peters optik forhindre, at sygdommene overtager hans hverdag, sådan som hjertetilfældet gjorde det. I det daglige understreger træningen aldringen som et vilkår, den gør Peter bevidst om sin alder og sikrer dermed subjektiveringen til et aldringsbevidst selv, mens den samtidig sørger for, at han kan være omsorgsfulde og livsduelige Peter noget tid endnu. Blandt andet sammen med de ni børnebørn.

Peter: Det der med, at man kan give dem sådan en pandekage, det der, hvor man vender dem i luften, altså roterer dem rundt, det er dejligt at kunne. Det kan de godt lide.

- Interview 26. januar 2016

I kraft af interventionen stabiliseres Peters funktionelt virksomme krop og hans aldringsbevidste selv. At han ydermere kan vedblive at se godt ud, og herunder have markerede muskler, er blot en bonus ved at være forsøgsperson. Peter stræber ikke efter at se ung ud eller at have en stærk atletkrop, men han vil ikke afvise, at forfængelighed også spiller en rolle i forhold til træningen. Det betyder noget, at Ellen kalder ham "min adonis".

Peter: Altså det betyder noget, at Ellen hun siger, du er flot! Det betyder noget, at man holder sig godt i forhold til sin alder. Men sommetider når folk siger, nej er du så gammel, det er da rart. Men det kan sommetider også være en bagdel, for sommetider tror folk altså, at jeg kan mere, end jeg i virkeligheden kan.

- Interview 26. januar 2016

Kroppen som hylster for intellektet

For Peter er CALM-interventionen ikke en destabilisering af et aldringsløst selv. Ved at underlægge sig interventionens objektivering stabiliseres han, som jeg har nævnt flere gange, som et aldringsbevidst selv. Det er også det, han understreger i citatet ovenfor. Peter er bevidst om, at han ikke kan det samme som tidligere. Kroppen skal være funktionel, den må gerne holde sig pæn, men den må ikke forlede andre til at tro, at han har en anden alder, end den han reelt har, idet dette vil frarøve ham retten til at trække sig, retten til at være skrøbelig og træet, og også retten til at få den hjælp, han har behov for i kraft af sin alder (interview 4. november 2014 & 26. januar 2016).

Forsøgspersonen Ruth, som jeg refererede til i kapitel 3, og som jeg introducerer i nærværende afsnit, har det ligesom Peter ikke umiddelbart vanskeligt ved at være sin kronologiske alder. Ruth er 72 år. Der er dog andre forhold ved den interventionsspecifikke hverdag og de interventionsspecifikke kroppe, der kan være vanskelige for Ruth at håndtere og domesticere. Dette har betydning for, hvilke objektiveringer Ruth kan og vil underlægge sig, hvilket jeg argumenterer for ved først at vise, hvordan Ruth forholder sig til sin krop i relation til aldring. Når kæresten Alfred tager billeder af hende, bemærker hun, at hun har forandret sig. Imidlertid anskuer hun først og fremmest sin krop som et hylster for intellektet, hvilket vi også så hos Peter.

Ruth: Jeg kan godt se, når vi sidder og ser billeder. Eller det er omvendt, når Alfred tager billeder af mig: what ser jeg sådan ud? Sådan ser jeg ikke ud i mit eget spejl vel? Jeg har det ikke problematisk med at blive ældre. Jeg skal ikke opereres. Jeg skal ikke have botox. Mit udseende er ikke et af mine virkemidler. Hvis det var sådan, at man kun havde værd ved den måde, man ser ud, så havde det været noget andet, men sådan har det aldrig været. Om vinteren har jeg noget varmt på. En irsk strik. Om sommeren så har jeg noget andet på. Det har aldrig været et problem. Det går igen hos mine børn. Når de skal på arbejde, så skal de jo selvfølgelig se ordentlige ud, men det betyder ingenting for dem.

- Interview 11.august 2014

Ruth lægger vægt på, at hun aldrig har gået op sit udseende. Hun finder det fordummende at gå op i tøj, og har også givet videre til sine børn, at tøj kun er en ydre markør, der ikke har nogen betydning for det gode liv. Tilsvarende argumenterer antropolog Daniel Miller for, at der findes skepsis over for 'det ydre' i den vestlige kulturkreds (Miller 2010:20). I sine analyser af tøjmode viser Miller, at der i vestlige samfund er en herskende ide om, at det at gå op i tøj er falskt og overfladisk (ibid.). I vestlig filosofi og hverdagsliv findes, hvad Miller forstår som en 'depth ontology', der baserer sig på den opfattelse, at et sandt selv er lokaliseret dybt inde i os og udgør en modsætning til ydre kendetegn (Miller 2010:16). Således opfattes tøjet ofte som et lag, man kan skrælle af for at nå ind til kernen af et menneske (ibid.). For Ruth er tøjet, og i et vist omfang også kroppens udseende, på samme måde noget bedragerisk. Ruth mener, at hun har opdraget sine børn til at kere sig om indholdet, ligegyldigt hvilken indpakning det måtte komme i. Således etablerer Ruth en kontinuitet mellem forskellige livsfaser, et aldringsløst "dybdeselv" hinsides kroppen i Millersk forstand. I Ruths tilfælde er der tale om en kontinuitet, der er uafhængig af kroppen eller overfladen. Det er samtidig en kontinuitet, der rækker videre end hende selv til næste generation. Hun er tydeligvis stolt af, hvordan hun har formået at fastholde værdien af det indre, dybe selv både i eget livsløb og hos sine børn. Hun vil

anerkendes på sine intellektuelle kapaciteter, det er her hendes styrker altid har været. Interventionen er for Ruth en indgang til at styrke et intellektuelt eller mentalt stærkt selv. Med en lang videregående uddannelse og en slående italesættelse af sig selv som værende akademiker, er det væsentligste for hende fortsat at være mentalt velfungerende. Ruth fremhæver således både sin egen og kærestens stærke intellekt som forudsætningen for at ældes godt eller rigtigt.

Ruth: Alfred henter mig ved toget. Der er 2 gange 400 meter. Det er det han gider. Men han er fit, han er 86. Han rører sig overhovedet ikke, men han er kvik i hovedet og arbejder full time. Det handler om ikke at stå fast foran fjernsynet. Jeg læser mange bøger. Jeg arbejder som korrekturlæser. Alfred laver bøger, og jeg redigerer og så videre. Jeg får løn af hans forlag.

- Interview 11. august 2014

Alfred er først og fremmest mentalt fit. I Ruths øjne kontrasten til CALM-forskernes fokus på at forsøgspersonerne skal være kropsligt fit. Etnolog Michael Andersen beskriver, hvordan hjernen for hans informanter, der alle har været ramt af et slagtilfælde, bliver selvets "anden", der hvor trætheden og andre symptomer lokaliseres (Andersen 2014). For Ruth, der opfatter sig selv som rask, er hjernen der, hvor selvet *sidder*. Det at være mentalt fit, stærk og kvik i hovedet er for Ruth væsentligere end at have en smuk eller fit krop, og det at være mentalt fit er først og fremmest væsentligere end kropslig styrke. For Ruth er der således også et konkret skel mellem det kropslige forfald og hendes stærke, aldringsløse selv. Det er i kroppen, aldring sidder, som når Ruth ser sig selv i spejlet og overraskes. Selvet er lig intellektet, og intellektet er netop uden aldringstegn.

Dette kan anskues som eksempel på, hvordan kroppen skubbes i baggrunden med alderen (jf. Twigg 2006:49, Kaufman 1986, Featherstone 1995). At Ruth vægter det indre frem for kroppen og kontinuitet frem for diskontinuitet for på den måde at negligere kropslige forandringer og kropsligt forfald, der har ingen, eller i hvert fald ringe plads, i et aktivt aldringsparadigme, kan i forlængelse af dette således forstås som tæt forbundet med interventionens objektiveringer. Ruth er allerede et interventionssubjekt, som også i vores samtaler gerne vil leve op til de idealer for aldring, som CALM bliver medskaber af.

Ifølge Ruth har hendes krop dog gennem *hele livet* været sekundær, uden for hende *selv*. Forholdet til kroppen som en anden hører ikke kun hendes givne alder til. Ruth *har* en krop, men hun *er* ikke en krop. Hun betoner, hvordan kroppen har virket og virker upåklageligt, hvorfor hun ikke skænker den mange tanker.

Ruth: Jeg har aldrig haft et problematisk forhold til min krop. Den virkede. Det gør den endnu. Den er der bare. Jeg har ikke haft ondt og den slags. Jeg kan gå på havearbejde i flere timer uden at få ondt i knæene.

- Interview 7.januar 2016

Ruth ønsker dog at holde kroppen i gang. Ligesom Peter vil hun med forsøgsdeltagelse vedblivende forme og vedligeholde sin krop. Det er i den forstand, at de biomedicinske kropslogikker i vidt omfang kommer til at stemme overens med Ruths. Med forsøgsdeltagelsen artikuleres en klar sammenhæng mellem den stærke og funktionelle krop, som CALM-projektet tilbyder, og den krop, som hidtil har været Ruths. Kroppen er et hylster, som skal vedblive at fungere, så Ruth kan gøre, hvad hun plejer. En virksom og stærk krop gør, at hun og Alfred kan fortsætte med at have to hjem, ved at Ruth vil være i stand til at gå op ad trappen til sin egen lejlighed, men en virksom krop er først og fremmest vigtig for, at hun kan tage på kulturrejser med Alfred, til middage og gå i teatret. Følgelig er den stærke krop for Ruth et middel til at forblive det 'sande', intellektuelt funderede selv.

Ruth: Jeg synes måske, at det er en god ide at vi bliver klædt på til at kunne klare os selv så lang tid som muligt. Og det gør det her forsøg, det kan jeg mærke på mig selv og se. Også for mine børn, tænk nu hvis jeg stenede fast foran det der fjernsyn. Så ville jeg da være flov over for mine unger. NEJ! De skal glæde sig til at blive gamle. Det er godt at blive ældre. Sådan: se her, vi kan godt noget, selvom vi bliver ældre.

- Interview 7.januar 2016

Styrkelse af kroppen bliver i de interventionsspecifikke, igangværende aldringsforsøg en forudsætning for kontinuitet, og for Ruth muliggør den muskulært stærke krop en fastholdelse af et aldringsløst selv ved at være et uforanderligt hylster for et selvopretholdende og mentalt stærkt selv. Det er her, hun kan sætte ind og gøre noget. Det er i opbygningen af muskler, at hun, med egne ord, bliver "klædt på" til at klare sig selv. Paradoksalt nok artikulerer de interventionsspecifikke objektiveringer samtidig kropslige standarder, der destabiliserer Ruths aldringsløse selv. Ved at gøre sig selv til forsøgsobjekt, bliver Ruth opmærksom på, at hun også *er* krop.

Ruth: Jeg har fået mere muskelmasse. Det er jeg da opmærksom på. Jeg ved ikke, hvad jeg synes om det, men jeg skal jo være stærk for Alfred. Jeg skal også kunne løfte støvsugeren og den slags.

- Interview 7.januar 2016

Ruth er dog ikke blot en tilfældig fysisk krop. I interventionsspecifikke objektiveringer artikuleres hun også som en *kvindelig* krop, hvilket jeg argumenterer for i det følgende afsnit blandt andet med henvisning til kulturhistoriker Londa Shiebinger (1986) og socialpsykolog Dorte Marie Søndergaard (1996), der har vist, hvordan køn bliver markeringer eller tegn, der konstant produceres og citeres i blandt andet sundhedsvidenskabelige praksisser. Med ordet *kvindelig* refererer jeg derfor ikke til kroppen som en biologisk entydig entitet, men til normer for, hvad kvindekroppe kan være.

Et kønnet, aldringsløst selv

Selvom Ruth lægger vægt på kroppens funktion, havde hun håbet, at der ville ryge flere kilo, når hun begyndte at træne. Hun havde regnet med, at hun ville kunne tabe mange flere af "*alle de rødvinsskilo*", som ifølge hende har sat sig, efter hun i årevis har arrangeret vinsmagninger sammen med Alfred.

Ruth: Til at starte med tabte jeg mig. Men jeg havde tabt mig flere kilo, hvis jeg ikke skulle tage det der kosttilskud. Og så tog jeg jo muskelmasse på. Det er selvfølgelig godt nok, men alt i alt vejer jeg nok mere nu, og det irriterer mig. Selvfølgelig er det ikke nødvendigvis problematisk, men når jeg ikke kan passe mit tøj, så tager jeg mig sammen.

- Interview 7.januar 2016

Til trods for at Ruth i citatet påpeger, hvordan det indre er væsentligst for hende og det ydre underordnet, er det tydeligt, hvordan et aldringsløst selv ligeledes er lokaliseret i specifikke kvindelige kropstegn (jf. Søndergaard 1996). I dette afsnit vil jeg vise, at køn bliver en socialt ordensskabende kategori og også artikuleres som helt konkrete, fysiske kropstegn, der ikke nødvendigvis får mindre betydning med alderen. Køn reproduceres kontinuerligt som en væsentlig kategori og materialiseres som fysiske kendetegn i de forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg.

En kvinde skal først og fremmest være slank. Det er ikke kun Ruth, for hvem det synes at være afgørende. En række af de kvindelige forsøgspersoner, som jeg har interviewet, formulerer noget lignende. På motionscyklen, hvor hun efterfølgende anstrenger sig, til hun får farve i kinderne, fortæller en anden forsøgsperson Helle, at hun er vred over, at hun har taget syv kilo på. Selv når træneren fortæller hende, at der nok primært er tale om muskelmasse, er hun mærkbart irriteret. Hun overvejer at droppe ud af interventionen:

Helle: Jeg har jo altid været et nips. Mine lår er nu så store, at jeg dårligt kan passe mine busker. Hvis jeg kan se, at jeg bliver ved med at tage på på de der

kritiske steder, så ville jeg nok stoppe med kosttilskuddet. Eller måske
[stoppe] helt!

- Interview 10.januar 2015

På trods af at kroppen gennemgående fremstilles af både Ruth og Helle som enten helt underordnet eller blot oppebærende for en særlig subjektdannelse, den intellektuelle og selvopretholdende, er Ruth og Helles egen optagethed af kroppen central i konstruktionerne af et selvforhold. Det selvskabende projekt *“the project of the self”* (Katz 1996:177), som succesfuld aldring er blevet til, hvor det handler om vedvarende at opretholde sig selv, at bevare kontrollen over sit liv, bliver dermed også et kropsprojekt. Eksemplerne med Helle og Ruth viser dog, at det er særligt, når den fysiologiske krop ændrer sig, at den får betydning. Kroppen bliver, som tidligere nævnt, lige så ofte noget, de blot *har*. De kliniske aldringsforsøgs objektiveringer af Helle og Ruth, den stadige genopbygning eller i det her tilfælde snarere opbygning af nye, stærke kroppe giver dem ikke mulighed for skabe eller være det selv, de ønsker (Thompson 2005:9). De bliver stærke, men også *for* muskuløse. Kroppene og dermed deres kønnede, aldrende selver ændrer sig og formes i en forkert retning, hvorfor interventionens objektivering ikke giver entydigt mening for den ønskede subjektivering.

I Shiebingers analyse af 1800-tallets fremstillinger af kvindelig og mandlig anatomi viser hun, hvordan muskler og muskelstyrke på forskellige måder er blevet knyttet til en fysiologisk mandekrop (Shiebinger 1986:49). Shiebingers argument er, at forståelsen af kvindelig og mandlige anatomi hænger tæt sammen med skiftende sociale og politiske værdier. Således blev det kvindelige skelet i 1800-tallet fremstillet som skrøbeligt og sammenlignet med en struds, der med sin lange hals og brede bækken inkarnerede en kvindekrop med smalle skuldre, slanke lemmer og brede fødedygtige hofter. Det mandlige skelet var derimod stærkt og stovt og blev sammenlignet med en hest (ibid.:62). Disse afbildninger blev brugt som ammunition i debatten om blandt andet kvinders stemmeret, og det var et argument fra den samtidige lægevidenskab, at en kvinde, hvis skæbnebestemmelse det var at føde børn og passe hjemmet, ikke havde behov for store muskler, hvilket sås på skelettet. I den forstand blev kvindekroppen en del af et biologisk-deterministisk projekt, der handlede om at sætte grænser for kvinders udfoldelsesmuligheder – til dels de fysiske, men også i forhold til samfundsdeltagelse (Shiebinger 1986:63; Trangbæk 2000:77).

Modsat forventningerne til kvinderne i 1800-tallet, som Shiebinger beskriver, har hverken Helle eller Ruths kvinderolle været forbundet til det huslige eller til børneopdragelsen alene. Arbejdet uden for hjemmet har fyldt og fylder endnu meget i deres tilværelse. Helles mand arbejdede på havet, mens hun studerede, og han var den primære forsøger. Desværre mistede hun ham tidligt. Hun forsørgede derefter sig selv og deres søn som sekretær. Hele sit arbejdsliv arbejdede hun sig opad i hierarkiet og arbejdede siden som direktionssekretær og førsteassistent for både advokater og direktører. Ruth var korrekturlæser og

oversætter på et forlag, mens børnene var små. Da de blev større, var hun projektleder for nødhjælpsorganisationer, rejste ud til krigszoner og var med til at koordinere hjælp til flygtninge. I den forstand er både Helle og Ruths liv i høj grad formet af kvinders involvering på arbejdsmarkedet og er i vidt omfang et fortsat opgør med ideen om kvinder som værende manden intellektuelt og psykisk underlegen. Ruth fik tildelt en position, der krævede stor psykisk robusthed, og begge bestred jobs, der krævede overblik. Eller med andre ord krævede deres arbejdsliv et *stærkt mentalt selv*. Til trods for at Helle, hvis kronologiske alder er 65, hele sit arbejdsliv har haft en i hvert fald på papiret lavere position med lavere løn end de mænd, hun arbejdede for, er der i Helle og Ruths levetid sket et brud i forhold til muliggørelse af nye former for kvindelighed og kvindekroppe, som også indbefatter Ruth og Helle selv. Alligevel bliver den ældre, tydeligt muskulært stærke kvindekrop ikke efterstræbelsesværdig. Selvom Ruth og Helle begge forstår sig selv som mentalt stærke, er kønnede kropsnormer i nogen grad præskriptive for deres selvforhold og forhold til kroppen i aldringsprocessen, og det er afgørende for, hvilke livsstilsændringer og medicinske indgreb der for dem forekommer meningsfulde.

Den i overført betydning stærke kvindefigur, eneforsørgeren, hende der kan klare sig selv og være sig selv, bliver ikke nødvendigvis koblet til en tydeligt muskuløs kvindekrop. Den fysiske opdragelse af kvinder i form af gymnastikken har ellers gennem tiden været anskuet som en væsentlig ressource i kvinders emancipationsbestræbelser (jf. Trangbæk 2000:75). "Fornuftigt ledet" gymnastik, som Ruth men særligt forsøgspersonen Helle har dyrket i form af mensendieck, har dog samtidig fungeret som en opdragelse og formning af kvindekroppe, der først og fremmest skulle være yndefulde og beherskede (ibid.:78-79). Tidligere skulle kvindegymnastikken netop understøtte en kvinderolle, der var bundet til hjemmets praktiske arbejde. Kvinder blev derfor anbefalet af både de medicinske videnskaber og i uddannelsessystemet ikke at deltage i sport og fysiske udfoldelser, der særligt i menstruationsperioden ville dræne dem for energi (ibid.). I stedet kunne de gøre gymnastik, der samtidig kunne sikre en god holdning og en pæn, underforstået slank, figur (ibid.). Gymnastikken understøttede i den forstand en særlig kropsæstetik, som også afspejler sig i Ruth og Helles kropsidealer.

Låret har hele tiden været i Ruth og Helles fokus som en kropsdel, der burde være fast og slankt, men også som en kropsdel, der ikke måtte være for stor. Det er ydermere et tydeligt ideal for både Ruth og Helle, at de skal have lange, slanke lemmer, mens det især er mændene, der ifølge Ruth må være glade for at vinde styrke.

Ruth: Det er da sikkert noget andet for mændene. For nogle er der nok meget mandighed i at være stærk og have de der tydelige muskler. Måske også særligt i vores alder, hvad ved jeg.

- Interview 7.januar 2016

En stor lårmuskel forstås af Ruth som et mandligt kønstegn. For forskerne i interventionen skal lårmusklen også gerne være tydelig som på en mandlig atlet. Forskernes objektivering af lårmusklen gør den til det sted på kroppen, der helst skal være så stærkt og stort som muligt. Jo større lårmuskel, desto bedre muskelprøve, og desto bedre resultat af interventionen. Også i styrketestene bliver det, som jeg diskuterede med udgangspunkt i observationer af testninger af Kim, bedst at have så stærke og store lårmuskler som muligt. Lårmusklen bliver en afgørende indikator for god aldring og for det aldringsløse selv, der skal formes gennem træning og proteindrik.

Objektiveringer af lårmusklen udfordrer imidlertid Ruth og Helles kvindelige kønsmærker, den udfordrer en krop, som er kulturelt legitim for en kvinde, og som er ønsket af dem begge. Markerede muskler karakteriserer en mand. Kvindekroppen eller den feminine krop er en anden. Selvom eksemplet fra Shiebingers analyse beskriver kropsnormer i 1800-tallet, fortæller det således noget om, hvordan ikke kun rutiner og vaner, men også kroppe materialiseres i 'seje strukturerer' (Damsholt 2015:41).

For Helle og Ruth er interventionens objektiveringer ambivalente. Styrke kan være det samme som udholdenhed, hvilket Ruth og Helle begge efterstræber. Muskelstyrke er godt, muskelstyrken sikrer som nævnt kontinuitet, mens en krop med store muskler eller en krop, der vejer på grund af muskler, er en mands krop og dermed i strid med det selv, de ønsker at blive og forblive.

Både Ruth og Helle mærker, hvordan de som forsøgspersoner stabiliserer deres funktionsniveau. De kan fastholde og på nogle områder forbedre deres fysiske udgangspunkt, men samtidig græmmes de over, hvordan træningen forandrer kroppens udseende. Den stærke krop, særligt som tydelige muskelmarkeringer, kommer i konflikt med andre sundhedsdiskurser og med andre materialiseringer af en aldrende kvindeskrop, som er dybt indlejret i både Ruth og Helles selvforståelse. Idealer for kvindeskroppen, at den skal være slank og have lange, slanke lemmer, korrelerer ikke med den krop, som interventionen skaber. Interventionens objektiveringer i form af træning gøres ikke meningsfulde at underlægge sig for hverken Helle eller Ruth, fordi de ikke fører til eller fastholder den ønskede subjektivitet. En anden form for fysisk aktivitet havde været langt mere meningsgivende.

Selvom interventionen på sin vis understøtter kontinuiteten mellem livsfaser ved at fremme konkrete objektiveringer og subjektiveringer af et stærkt og aldringsløst selv, medvirker det medicinske fokus på

lårmusklen paradoksalt nok ligeledes til at *destabilisere* et aldringsløst selv. Interventionen – og CALM-projektet i bredere forstand – udpeger for forsøgspersonerne alternative og i én logik bedre måder at ældes på ved at artikulere en stærk og muskuløs aldrende krop, der i nogle tilfælde modarbejder og forskubber forsøgspersonernes selvforhold og deres ideer om kroppens rolle i aldringen. Jeg har således vist, hvordan kønnede kropsforhold og kropsartikuleringer er afgørende for de subjektiveringsprocesser, som CALM-interventionen fremmer og er en del af, hvilket kommer til at spille en rolle for, hvilke objektiveringer Ruth og Helle ønsker eller *kan* underlægge sig.

De synlige muskler, interventionskroppen, destabiliserer dermed ligeledes et aldringsløst selv. For Ruth og Helle indtræffer denne destabilisering, idet interventionsprotokollens aldringsløse selv artikuleres som forbundet til en kønsmærket krop, der kontinuerligt udvikles i samspil med nogle betingelser, som *også* er historiske (Schiebinger 1986; Søndergaard 1996; Trangbæk 2000).

Opsamling

Den maskuline standard i interventionen bliver et afgørende problem. Musklene bliver et afgørende problem. Ruth og Helle vil gerne bevare funktionalitet og en virksom krop, men ikke hvis den krop går på kompromis med deres selvforhold og forståelser af kroppens rolle i aldringsprocessen. Kroppens udseende viser sig – trods Ruths overbevisning om det modsatte – at være en væsentlig faktor for begges selvforhold.

Dette er en vigtig pointe i forhold til at forstå, hvad manden som standard i klinisk forskning kan betyde for forsøgsdeltagelse. I CALM-interventionens tilfælde skal forskerne ikke umiddelbart tage hensyn til de kvindelige forsøgspersoners hormonelle fluktuationer, men de kønsmærkede kroppe får alligevel væsentlig betydning, idet det selvforhold og den krop, som er standard i de medicinske objektiveringer, stadig artikuleres som en mands fysiologiske krop. De kvindelige forsøgspersoner kan ikke genkende sig selv i den tydeligt muskuløse krop og herunder den store lårmuskel, hvilket har betydning for deres vedholdenhed og muligvis også for domesticering af træning efter interventionsperioden er slut, hvilket jeg kort berører i forhold til både Ruth og Helle i et senere kapitel.

Jeg har således argumenteret for, at de kliniske aldringsforsøg kan koreograferes på måder, der får uforudsete og sommetider negative konsekvenser. Når objektiveringen får et ønsket resultat, opstår der imidlertid også nye stabile entiteter, subjektpositioner, ud af de formationer, som sammenfiltringer af aldringsforsøg muliggør (se Thompson 2005:204). For Peter er det således også den stadigt funktionelle og virksomme krop, der skal understøttes af de medicinske objektiveringer og være en del af hans aldringsbevidste selv. Han skal kunne give børnebørnene en 'pandekage'. Han skal kunne holde sig ung i relation til konen Ellen, som er en del yngre end ham. Alt dette bidrager forsøgsdeltagelse rent faktisk til. For Peter er den

muskuløse krop en glædelig sideeffekt, idet han også går op i sit udseende, men interventionsprotokollens stærke og muskuløse, aldringsløse selv bliver aldrig et ideal til opfyldelse for Peter. Kim er på lignende vis interesseret i at bevare den funktionelle krop, så han blandt andet kan tage på ferie, det er ikke som sådan et muskuløst lår, der interesserer ham, selvom en stærk lårmuskel dog kan være et led i at styre aldringsprocessen, som jeg viste i forhold til styrketesten. Selvom Kim og Peter således umiddelbart underlægger sig CALM-interventionens objektiveringer for at forblive aldringsløse, opstår der forskellige variationer af deres respektive selvforhold, der gør, at de ikke til hver en tid genkender sig selv i de kliniske aldringsforsøgs muliggørelse af en særlig subjektposition. For Peter handler forsøgsdeltagelsen ganske simpelt om, at han vedblivende vil tage aldringsprocessen og den aldrende krop på sig. Dog på sin egen måde, hvorfor han spørger ind til, *hvor lidt* han mon kan nøjes med at træne for at bevare et aldringsbevidst status quo. For Kim handler det om ikke at blive sat i bås som en aldrende krop, ikke at være styret af sin alder, men at bevare status quo, *før* aldringsprocessen sætter ind. Disse indsigter er væsentlige i sundhedsinterventioners sammenhæng, fordi indblikket i samspillene mellem objektiverings- og subjektiveringsprocesser kan føre til en øget forståelse for (ældre) forsøgspersonernes ønsker om – eller manglende ønsker om – at deltage i klinisk forskning. I sidste ende drejer det sig om compliance eller adherence med forsøgsprotokollen, om rekruttering og fastholdelse af ældre forsøgspersoner og om ældres fastholdelse af eventuelle livsstilsændringer.

De kliniske aldringsforsøg medvirker til at opbygge stærke aldrende kroppe og stærke, selvintervenerende ældre. Jeg har vist, hvordan idealer om et aldringsløst selv, et selv, der er uafhængigt af kronologisk alder, tydeligt afspejles i forsøgspersonernes selvforståelser og selvskabelser og i de interventionsspecifikke samspil mellem objektiveringer og subjektiveringer. Forsøgspersonerne, som jeg har talt med, kan genkende sig selv i et sådant selv, hvorfor de med ofte stort engagement vælger at indgå i CALM-projektet. Selvom jeg ikke antager, at forsøgspersonerne er defineret på forhånd, uafhængigt af de kliniske aldringsforsøg, forsøgspersonen anskuer jeg hverken som prægiven eller prækonstrueret, har kapitlets undersøgelser påpeget, hvordan det aldringsløse selv bliver et domesticeret biopolitisk subjekt i de sammenfiltringer af aldringsforsøg, som afhandlingen beskriver og bidrager til. Min analyse bekræfter en særlig indstilling til det at ældes. Der findes hos de forsøgsdeltagere, som jeg har interviewet, en herskende forestilling om kontinuitet som et indlysende gode; om end bevarelse af kontinuitet i forhold til kroppen også kan implicere en form for afvikling eller accept af, at man må gøre de samme ting på nye måder. Peter er et eksempel på dette.

Det kontinuerligt aktive, sunde og selvintervenerende (ældre)liv udgør grundstenene i forsøgspersonernes praktiseringer af aldring. Kapitlet understreger derfor igen, hvordan forsøgspersonerne er med til at producere og vedligeholde sådanne subjektpositioner. Imidlertid er det en væsentlig pointe i kapitlet, at

forsøgsdeltagelse og det at underlægge sig medicinske objektiveringer, ikke nødvendigvis drejer sig om aldringsfornægtelse, om at undgå forfaldet eller i sidste ende døden, men i stedet om vedblivende at forme ét eller sig *selv*. I kapitlet har jeg diskuteret, hvad et aldrende selv kan være, og hvordan materielle, fysisk stærke kroppe lige såvel som intellektet kan blive afgørende for forsøgspersonernes selvforhold - præcis som det er udgangspunktet for CALM-projektet. På trods af dette gør krop og selv i forsøgspersonernes selvforståelse det ikke altid ud for hinanden. Relationerne mellem det aldringsløse selv og den stærke krop er ofte ambivalente og udfordrer de ældres selvforhold eller fortsatte selvdannelse og ageren i forhold til eget liv – ligesom deres ideer om, hvad eller hvem forsøgsdeltagelse skal gøre dem til.

Forsøgspersonerne bliver derfor ikke nødvendigvis identiske med Kaufmans entydige aldringsløse selv, hvor kroppen træder i baggrunden, som jeg diskuterede i afhandlingens indledning. Jeg har vist, at selvet ikke kan forstås som en præeksisterende enhed, men snarere et udkomme af en konstant bevægelse mellem objektivering og subjektivering (Thompson 1996 & 2005). Jeg har således diskuteret, hvordan variationer af aldrende selver bliver til i de interventionsspecifikke samspil mellem objektivering og subjektivering. Udover at vise hvordan der artikuleres og domesticeres variationer af et aldrende selver i forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg, så understreger kapitlet derfor også den pointe, at på trods af – og sommetider på grund af de kliniske forskningspraksisser – bliver nogle selvforhold forstærkede. De træder frem som etablerede og gentagede strukturer. Den kliniske interesse for lårmusklen er ikke alene med til at skabe fremtidige stærke, aldrende kroppe, men stabiliserer, destabiliserer eller muliggør som bestemte selvforhold og bestemte praksisser. Mulige objektiveringer og subjektiveringer afhænger af de ældres allerede etablerede selvforhold, af de relationer og socialiteter, de altid allerede indgår i, hvilket også er en afgørende pointe i afhandlingens tredje del.

(Gen)opbygningen af den stærke krop, de objektiveringer, som de ældre forsøgspersoner underlægger sig, har derfor langt fra et entydigt resultat. En række andre forhold får betydning for, hvordan forsøgspersonerne domesticeres af og domesticerer forsøgsprotokollen. Afhandlingens del tre handler således om forsøgsdeltagernes møjsomligheder med at omsætte interventionsprotokollen i igangværende hverdagsliv. I det følgende analytiske kapitel fokuserer jeg på, hvordan vedvarende praktiseringer af 'måltidsordner' har betydning for, hvordan igangværende rutiner forholder sig til proteindrikken, som er væsentlig for forsøgsdeltagelse, og i mere bred forstand til de diætombægninger og dermed ligeledes de aldringsprocesser, som realiseringer af protokollen kræver og sætter i værk.

Del III. Allerede igangværende aldringsforsøg

Kapitel 6: Implicerede måltidspartnere⁷⁸

Introduktion

Det amerikanske komediedrama *The Story of Us* fra 1999 viser, hvordan forskellige livssyn og familieværdier forbindes og støder sammen i ægteskabet. Der er i filmen en nøglescene, hvor hovedkaraktererne, et ægtepar der har været gift i 15 år, sidder på dobbeltsengen i deres tidligere fælles hjem. Manden er lige flyttet ud. Det er konen, der har besluttet, at de må gå hver til sit. Dog har de netop spist en middag sammen i fuld fordragelighed. Det tegner til forbrødring. De griner af sig selv og de mange forløb i parterapi, de har gennemgået. Erindringen om en særlig terapisession, der var med en Freud-inspireret psykoterapeut, bringer dog pludselig deres mange uopfyldte forventninger, vaner og indgroede reaktionsmønstre ind i ægteparrets samtale igen. Disse udsagn gestaltes af deres respektive forældre. Det hele ender i endnu et voldsomt skænderi.

Ægteparret i filmen tager deres forældres rationaler med i alt, hvad de gør. I filmen er det illustreret ved, at forældrene er fysisk tilstede der i dobbeltsengen. De sidder ved siden af ægteparret og deltager i samtalen. Forældrene er således helt konkret *implicerede* i ægteskabet. De er en del af ægteskabets rutiner, af ægteparrets gentagne skænderier og dagligdags forhandlinger.

I dette kapitel argumenterer jeg for, at noget lignende generelt kan gøre sig gældende for måltidsrutiner i den kliniske intervention i CALM. Mad og måltider fylder på mange måder i forsøgsdeltagelse, idet grundlaget for CALM-projektet, som tidligere nævnt, er en hypotese om, at alle ældre bør indtage mere protein i kombination med styrketræning for at undgå aldersrelateret tab af muskelmasse. Selvom det valleprotein, forsøgspersonerne indtager, er et pulver i to smagsvarianter, der skal blandes i væske og drikkes frem for spises, så handlede mit feltarbejde og mine interviews som nævnt i indledningen i høj grad om, hvordan mine informanter spiser. Flere gange i forbindelse med interviewene slog det mig således, at forsøgspersonerne aldrig spiser, endsige planlægger, et måltid alene. Heller ikke dem, der har levet alene længe. Som i filmen *The Story of Us*, er der altid andre personer indblandet. Det kan være ægtefæller, men også den afdøde moder, børnene der for længst er flyttet hjemmefra eller forskerne og medarbejderne i CALM-projektet. De er måske ikke fysisk tilstede, men de er en del af alle de samtaler, jeg har haft om måltider og mad med mine informanter, og i alle de måltider, jeg har delt med mine informanter. Med udgangspunkt i disse observationer, udvikler jeg i det følgende begrebet implicerede måltidspartnere. I udviklingen af begrebet

⁷⁸ Dette kapitel er en viderebearbejdelse af min artikel *Implied Meal Partners. Ethnographic Accounts of Elderly Participants in a Clinical Intervention and Their Meals*. Otto, M. H. (2016). *Ethnologia Scandinavica*, 46, 2016, 87-104. [6].

fokuserer jeg på, hvordan forsøgspersonernes måltidsrutiner kontinuerligt formes som sociale begivenheder i forhandling med både tilstedeværende og fraværende aktører. Begrebet implicerede måltidspartnere er ikke fastlåst eller entydigt kategoriserende og deskriptivt, men snarere en analytisk tilgang til at undersøge, hvordan de ældres måltidsrutiner implicerer og forbinder en række personer, kroppe og følelser på tværs af tidslige, biologiske og geografiske distancer, og hvordan disse forbindelser får betydning for, hvordan forsøgspersonerne spiser.

Den specifikke analytiske inspiration til implicerede måltidspartnere henter jeg hos den norske kulturhistoriker Ole Marius Hylland (2002) og den danske uddannelsesforsker Lars Ulriksen (2009). Begge er inspirerede af den tyske litteraturhistoriker Wolfgang Isters ideer om den *implicerede læser* (1972). Helt konkret undersøger jeg, hvordan forskellige aktører aktualiseres i forsøgsdeltagernes måltidsrutiner. Det er min overordnede intention med dette at kvalificere diskussioner om livsstilsinterventioner ved at flytte fokus fra såkaldte livsstilsændringer som udelukkende individuelt motiveret til et fokus på livstilsændringer som kollektivt konstitueret og konstituerende. Jeg udforsker på den baggrund, hvordan de implicerede måltidspartnere bliver en del af forsøgsdeltagernes rutiner, men også hvordan de opstår som et ideal, der efterstræbes af forsøgspersonerne (jf. Ulriksen 2009:526). De implicerede måltidspartnere kan være en form for rolle eller personificering af specifikke logikker, idealer og rationaler, der skabes i og er medskabere af de ældre forsøgspersoners måltidsrutiner (jf. Hylland 2002:100). I den forstand har jeg ligeledes fokus på, hvordan de implicerede måltidspartnere genereres i de livshistoriske interviews. Implicerede måltidspartnere kan blive en form for *"fiktiv beboer"* (Hylland 2002:98) i forsøgspersonernes måltidsrutiner for eksempel i form af fremtidige kroppe. Det kan være kroppe, som muliggøres eller destabiliseres af de kliniske praksisser, sådan som jeg viste i det forrige kapitel; kroppe, der kan tage vare på sig selv, kroppe, der er funktionsdygtige og virksomme, og kroppe, som kan vedblive at drage omsorg for andre. Det er mit argument, at disse kroppe aktualiseres og mobiliseres som implicerede måltidspartnere. Det er således kroppe, som ikke kun er en forestilling, men helt konkret spiller en rolle i måltiderne. De implicerede måltidspartnere artikuleres derfor ikke blot som repræsentationer, de er ikke kun sproglige, men også materielle. De implicerede måltidspartnere tager på forskellige måder del i organiseringen af forsøgspersonernes måltider. Ikke kun som *implicitte*, men netop som implicerede, de blander sig og aktualiseres gang på gang i forsøgspersonernes måder at kategorisere, organisere og håndtere måltider på. Dette er på linje med begrebet den *implicerede læser*, der har som forudsætning, at læseren kan være i teksten gennem forfatterens henvendelse til denne (Hylland Eriksen 2002; Ulriksen 2009). I kapitlet undersøger jeg dermed, hvordan implicerede måltidspartnere artikuleres både materielt og diskursivt i igangværende hverdagsliv, og hvordan de har betydning for domesticering af interventionens måltidslogikker og diætumlægninger. Som sådan er det ligeledes et af formålene med kapitlet at undersøge, hvordan interventionsprotokollen og interventionsforskernes logikker

omkring mad og måltider bliver en del af forsøgspersonernes måltider, og hvordan disse logikker bliver implicerede måltidspartnere. Samtidig vil jeg med kapitlet tilføje noget andet til den tilsyneladende stabile antagelse, som kommer til udtryk i det følgende citat fra en diætist, og som også er grundlæggende for den kliniske intervention, at madvaner kan kobles udelukkende til en biologisk (aldrende) krop.

De ældre forsøgspersoners måltider

Altså madvaner ændrer sig jo med alderen... men samtidig ligner de [altså ældre] jo os andre kostmæssigt, søndag er gerne morgenbrødsdag.

- Diætist, møde på Sportsmedicinsk klinik, marts 2014

Citatet stammer fra et møde vedrørende kostregistreringer, som jeg deltog i, kort efter jeg påbegyndte mit feltarbejde. Kostregistreringerne skal pågå i en periode på tre dage to gange i løbet af de 12 måneder, som interventionen med kosttilskud og træning varer. Forsøgspersonerne skal i hver periode med kostregistreringer veje deres mad og udfylde en kostdagbog. For interventionsforskerne er formålet med registreringerne at oparbejde et datagrundlag, der kan være udgangspunkt for at undersøge, hvordan vand blandet op med et pulver af enten valleprotein eller sukker, som forsøgspersonerne i interventionsperioden skal indtage to gange dagligt, eventuelt forandrer deres måder at spise på over tid. Med andre ord vil de undersøge, om og hvordan det øgede indtag af protein påvirker forsøgsdeltagernes etablerede spisevaner og deres appetit.

Diætisten var inviteret til mødet af de fysiologer og læger, der ledede det daglige arbejde med forsøgspersonerne. Hun skulle dele ud af sine erfaringer om målebægre, køkkenvægte og registreringsskemaer. Samtidig bidrog hun med sin viden om ældre menneskers måltider. Ifølge diætisten er der et brud mellem arbejdsliv og pension; de ældre spiser mere uregelmæssigt, når arbejdslivet ophører. Imidlertid må man forvente, at forsøgsdeltagerne, stadig, som diætisten pointerer, holder weekend og får en flaske vin for meget i selskab med venner og desuden tilsyneladende spiser morgenbrød om søndagen. Derfor bliver det mødets konklusion, at de ældre skal registrere deres kost onsdag, torsdag og fredag, fordi: *"det kommer så tæt på den normale hverdag som muligt"*. I diætistens forståelse er der således en 'normal' hverdag, når det kommer til måltider, men også dage, der afviger fra rutinen. De dage, der afviger, ændrer sig ifølge diætisten ikke, blot fordi forsøgsdeltagerne som oftest er gået på pension.

På trods af at diætisten har blik for både rutiner og kontinuitet, for hverdagslivets seje strukturer (Damsholt & Jespersen 2014), er det således hendes erfaring, at menneskers *madvaner* forandrer sig *med alderen*. Det

er diætistens pointe, at ældre ofte spiser mindre, end de bør. De ældre er ikke så gode til at huske de måltider (i betydningen mad eller næring), som de skal have. Det samme udgangspunkt har de andre mødedeltagere, som er enten fysiologer eller læger. At mennesker ændrer madvaner over tid og derfor indtager en mindre mængde af protein end yngre, er for interventionsforskerne en bærende antagelse. Det deeskalerede indtag af protein er ifølge de fysiologer, der leder den kliniske intervention, det, der blandt andet fører til aldersrelateret tab af muskelmasse. De kliniske aldringsforsøg skal i den forstand skabe og fastholde bestemte kroppe ved blandt andet at stabilisere dem med valleprotein. Det er forventningen, at en proteindrik uproblematisk kan indgå som enten et ekstra måltid, en ekstra kilde til næring eller erstatte et mindre næringsrigtigt måltid, så forsøgspersonerne i hvert fald i interventionsperioden kan vedblive at *”spise sundt”*. Måltider som sociale begivenheder er mindre interessante for interventionsforskerne, selvom netop socialitet antages at spille en rolle for det ’forkerte’ madindtag – morgenbrød og vin indtages ifølge diætisten netop i weekenden i selskab med familien eller i andre ’hverdagsafvigende’ kontekster.

Mødet med diætisten handler således grundlæggende om mad eller måske rettere om kost som næringskilde, det er den dominerende og stabile ontologi, at mennesker spiser, fordi det er nødvendigt for kroppen, mens mad samtidig kobles med dårlige eller forkerte vaner (jf. også Mol 2012:3-5). De ældre forsøgspersonerne ’forledes’ (måske af noget udefrakommende eller måske af noget indre) til at spise mad, der tager plads for proteinet og det skal der gøres noget ved. Mol peger i et studie af hollandsk kostvejledning på en etableret skelnen mellem *”homøostatisk”* spisning og *”hedonistisk”* spisning, hvor kalorietælning skal sørge for, at et rationelt selv kan tage kontrol over en krop, som spiser af lyst (ibid.). I den kliniske intervention i CALM optræder der således også en konkret variant af denne skelnen, hvor det antages, at forsøgspersonerne fylder deres krop med andet end det, der er rigtigt for den. Forskerne skal sættes i stand til at kortlægge, hvad forsøgspersonerne *”egentlig”* spiser, for på den baggrund at guide dem i en anden retning. Det er rationalet, at forsøgspersonerne og senere andre ældre relativt ubesværet kan ændre eller supplere deres kost med ’god’ protein, så de kan bevare en stærk og muskuløs krop til gavn for både CALM-projektets resultater og for fremtidige gode ældrelev. Lægen og fysiologerne vil forstå relationerne mellem manglende madindtag, særligt manglende proteinindtag, og tab af muskelmasse. Proteindrikken skal i den forbindelse være et supplement til den forkerte mad og skal i sidste ende sættes i stedet for den forkerte mad. En anden faggruppe, mikrobiologerne, der også er en del af CALM-projektet, peger dog på, at det ikke nødvendigvis er gavnligt at give de ældre et proteinholdigt kosttilskud. Mikrobiologerne har en form for etisk opdrag i den forbindelse. Deres hypotese er, at menneskers tarme bliver dårligere til at nedbryde protein med alderen. Mikrobiologerne holder blandt andet øje med, hvordan forsøgspersonernes tarme omdanner det ekstra protein. Deres hypotese om, hvorfor vi ændrer madvaner med alderen, er således, at vi ikke tåler de samme fødevarer lige godt livet igennem. Forbindelserne mellem krop, mad, næring og måltider er

derfor langt fra entydige. Det kommer ikke alene til udtryk i de forskellige faglige tilgange, men også i de ældres igangværende måltidsrutiner.

Pointen er således ikke at afvise, at individuelle, biologiske kroppe ændrer smagspræferencer og spisemønstre i kraft af den biologiske aldringsproces, men snarere på linje med allerede eksisterende forskning at inddrage specifikke sociale og materielle relationer, der ikke optræder i kostregistreringen, for på den måde at kvalificere både den pågældende og lignende interventioner rettet mod forandringer af menneskers spisevaner.

Jeg startede i slutningen af afhandlingens anden del en bevægelse ud af klinikken og testlaboratoriet, idet jeg også bevægede mig ind i forsøgspersonernes hjem. Denne bevægelse fortsætter jeg i det følgende. Det er mit argument, at en sådan bevægelse giver et indblik i, hvordan videnskabelig viden formes og reproduceres også i forsøgspersonernes hverdagsliv (f.eks. Mol et al. 2010; Moreira 2004; Brives 2013). Med mit analytiske fokus på måltidsrutiner og implicerede måltidspartnere understreger jeg imidlertid endnu en gang, hvordan forsøgsdeltagelse ikke kan opdeles i, hvad der foregår i hjemmene, og hvad der finder sted på klinikken. Grænserne for hjemmets sfære er i den forstand også løbende til forhandling, hvilket jeg diskuterer yderligere i det afsluttende analytiske kapitel. Forsøgsdeltagelse bliver således en konstant. Hvor jeg i afhandlingens indledende kapitler i højere grad tog mit etnografiske materiale for givet som en underlæggende strøm af situerede eksemplificeringer og forklaringer, bruger jeg i det følgende tre livshistoriske interviews som cases, der fortæller noget specifikt om tre forskellige forsøgspersoners måltider og måder at deltage i aldringsforsøg på. Jeg forholder mig i det følgende således helt konkret til de livshistoriske interviews som etnografisk genererede beretninger om tre forsøgspersoners interventionsspecifikke måltidsrutiner, mens jeg med kapitlet samtidig vil bidrage med nogle mere generelle spørgsmål om ældre forsøgspersoner og om (ældres) strukturering og organisering af måltider.

Tove, Finn og Christian: tre etnografiske beretninger

Jeg har valgt de tre forsøgspersoner som omdrejningspunkter for analysen, fordi deres livsløb på forskellige måder implicerer specifikke måltidspartnere. Måltidspartnere, som artikuleres i de livshistoriske interviews og dermed også af mine spørgsmål og forskningsinteresser. Det er mit argument, at implicerede måltidspartnere bliver afgørende for, hvordan forsøgspersonerne forholder til forsøgsdeltagelse, og hvordan de domesticerer og domesticeres af interventionsprotokollens kostlogikker og diætændringer.

Tove lever alene, men tager alligevel hensyn til en række måltidspartnere i den daglige organisering og planlægning af måltider. Hendes måltider er sædvanligvis ganske skemalagte, og hun bryder sig ikke om

tanken om at tilføre kroppen noget, der i hendes øjne er kunstigt eller unaturligt, hvilket også kommer til udtryk, når hun handler eller deler mad med implicerede måltidspartnere som børn og svigerbørn. Ydermere har hun fysiske gener af proteintilskuddet, og hun forhandler løbende med fysiologer og læger om, hvordan hun undgår at tage det. En anden af forsøgsdeltagerne, Finn, har jeg kort introduceret i kapitel 2, men i dette kapitel indgår han sammen med sin kone Grete, som dog ikke er forsøgsdeltager. Finns krop artikuleres og formes på helt nye måder, og Finn forsøger at tilpasse sit og konen Gretes fælles dagligliv til normerne i den kliniske intervention, hvilket ikke er helt ligetil. Grete og forskerne bliver implicerede måltidspartnere, der kontinuerligt kommer i konflikt i Finns organisering af måltider. For den tidligere direktør i fødevarebranchen, Christian, udgør CALM og de kliniske forskningspraksisser et fællesskab, som han genkender og færdes trygt i. De implicerede måltidspartnere, som Christian danner relationer til i sit uddannelsesforløb og i et tidligere arbejdsliv, har dog også betydning for, hvordan han planlægger og organiserer sine daglige måltider.

Tove, Christian og Finn kan anses som ressourcestærke ældre, alle tre med et forholdsvist stort socialt netværk. Alligevel er der stor forskel på, hvordan de opfatter og praktiserer CALM-interventionens kostlogikker, og jeg vil vise, hvordan implicerede måltidspartnere har betydning for netop dette. I det følgende afsnit lægger jeg således ud med at vise, hvordan Tove organiserer sin dag omkring tre hovedmåltider. Den svenske etnolog Åsa Alftberg argumenterer i sit studie af aldring, krop og materialitet for, at organisering af måltiderne er en måde, hvorpå hendes ældre informanter, der alle er stoppet med at arbejde, kan kontrollere eller tæmme tiden, så den ikke bare går til spilde (Alftberg 2012:86). Noget lignende gør sig gældende for Tove. Jeg viser, hvordan de tre hovedmåltider bliver markører i en dagsrytme, og hvordan hverdagen oprettholdes i kraft af måltiderne. Det har på forskellige måder betydning for forsøgsdeltagelse. Særligt når proteindrikken, modsat hvad Tove bryder sig om, får funktion af og fylder maven som helt et måltid.

Måltider som markører i en dagsrytme

Tove er 70 år og bor alene i et lejet rækkehus i en forstad til København. Hun gik på pension for fire år siden fra sit arbejde som bibliotekar, som hun tydeligvis har holdt meget af. 42 år havde hun været på samme bibliotek⁷⁹. Fagbladet ligger stadig fremme, og hun taler engageret om nye tider med mere IT, men også om

⁷⁹ Jeg kunne have valgt en mere Bourdieu-inspireret analyse, der fokuserede på klasses tilhørsforhold, sådan som en reviewer af en tidligere version af dette kapitel foreslog. Tove tilhører en intellektuel og veluddannet middelklasse og er også vokset op i et lægehjem. Hun lytter til klassisk musik og nyder litteratur og teater og besidder i den forstand i høj grad kulturel kapital. Toves arbejde fylder stadig meget i hendes bevidsthed, og det har ikke blot været et lønarbejde, som hun glædede sig til at holde fri fra. Imidlertid er det et bevidst analytisk valg, at jeg ikke baserer min analyse på Bourdieu, da en masse nuancer omkring måltidernes materialitet og forskellige tider og aktører ikke ville kunne rummes i et sådant perspektiv. I afsnittene omkring Finn og Christian berører jeg den etnologiske

mere topstyring, som hun glæder sig over at slippe for. For hende er måltiderne i høj grad medvirkende til at skabe kontinuitet mellem arbejdsliv og pensionisttilværelse. I den forstand forbinder måltiderne helt konkret fortid og nutid. Måltiderne bevarer de faste strukturer, som arbejdslivet også fungerede i.

Tove: Frokost spiser jeg meget præcist klokken tolv. Det var også sådan, da jeg gik på arbejde. Det er også en markering af, at okay så går jeg over til det næste. Og igen i radioen, så er der faktisk en time med klassisk musik. Og der er det så igen overgangen, så er der en time med ro og fred, hvor jeg også får læst avisen og sådan nogle ting.

- Interview 4. marts 2015

Måltiderne og deres rolle bliver taget op til fornyet overvejelse med pensionen, og de får en anden vigtighed for Tove, dog først og fremmest i og med, at de bevarer mening og orden i hverdagene. Måltiderne bliver gentagelser og ordningsmåder, de foregår på samme måde næsten hver dag og markerer, hvornår det er tid til at påbegynde en ny aktivitet. Som diætisten også pegede på ved det møde om kostregistreringer, som jeg deltog i under mit feltarbejde, så udgør pensionen et brud med tidligere måltidsrutiner, men samtidig er måltider også med til at bevare kontinuitet i forhold til et langt arbejdsliv. Tiden flyder nemt ud, når man ikke længere møder og har fri på bestemte tidspunkter, men de tre hovedmåltider forbliver overgange mellem aktiviteter i hverdagen – en form for måltidsorden der genskabes dagligt. Med indsigt i detaljerne, i det vanlige, beskriver Ehn og Löfgren netop, hvordan rutiner, der ellers ofte opleves som ubetydelige gentagelser, er med til at få hverdagen til at fungere (Ehn og Löfgren 2010). Faste måltidsrutiner får Toves hverdag til at fungere.

Tove er dog ikke bange for spildtid, sådan som Alftbergs informanter er det (Alftberg 2012:86). Tove bliver snarere endnu et eksempel på, hvordan forsøgspopulationen konstituerer og konstitueres af aktive og selv-intervenerende forsøgsdeltagere. Toves dag er så fyldt op af aktiviteter, at hun har brug for ro til at gøre noget, hun rigtigt nyder, såsom at lytte til radioen og læse avis. De tre hovedmåltider bliver i den forstand kontrasten til aktiviteternes tid. Måltiderne skaber en fast rytme af kærkomne pauser, de bliver næsten et rum uden for tid, hvor Tove kan slappe af. Dog sjældent helt alene. Det er særligt ved frokosten, at hun tænker op på enten viden eller selskab. Når hun mødes med nogen nu som pensionist, er det ofte netop til frokost. Tidligere spiste hun med kollegerne.

livsformsanalyse og viser, hvordan arbejdslivet og klassetilhørsforhold kan anskues som medkonstituerende for deres måltidsrutiner og deres forskellige tilgange til og måder, hvorpå de praktiserer forsøgsdeltagelse.

Tove: En del af min omgangskreds er også på pension, så vi har nogle klubber. Og så når jeg ser folk, er det til frokost i stedet for om aftenen. Ligesom jeg jo spiste med andre på mit arbejde.

- Interview den 4. marts 2015

Det peger igen på kontinuiteten mellem arbejdsliv og pensionisttilværelse og viser, hvordan måltiderne, og frokosten i Toves tilfælde, næsten stiller krav om socialt samvær. Det er en påtrængende norm produceret og reproduceret i sundhedsanbefalinger og ældrepolitikker, at det er bedre at spise sammen med andre end alene. Til eksempel har Ældresagen i Danmark flere faste arrangementer, hvor ældre opfordres til at komme og spise sammen med andre, ligesom flere kommunale tiltag inviterer til fællesspisning for ældre ud fra deisen, at eksempelvis småtspisende ældre spiser mere og bedre i selskab med andre. I forskning understøttes og reproduceres en norm om social spisning ligeledes, måltider som social begivenhed fremhæves ofte som et værn mod ensomhed og som samlingspunkter, der er med til at nedbryde sociale skel (se til eksempel Wilk 2010; Kayser-Nielsen 2003; Jönsson 2017)⁸⁰.

For Tove er denne norm også impliceret i hendes måltider. Selvom Tove således har levet alene længe, spiser hun nødtigt alene. Som minimum er radioen tændt. Fastholdelsen af en form for frokostpause er desuden med til at bryde dagen op i mere overskuelige bidder, som Tove selv formulerer det, da dagens aktivitetsperioder også kan være for meget eller kan tage energi. Morgenmad, frokost og aftensmad kan være af helt forskellig varighed og have skiftende indhold også afhængigt af andre tider. Skiftende årstider har eksempelvis indflydelse på, hvor lang tid morgenmåltidet tager. Om vinteren er Tove længere tid om at komme i gang, og hun tager sig tid til at vågne, nu hun ikke skal haste på arbejde, men de tre hovedmåltider sikrer overgange eller holdepunkter, med hvilke hverdagen bygges op. Selv hvis mange aktiviteter gør, at de forrykkes eller helt springes over.

Tove: Det kan godt være, at det ligger sådan lidt fast på den måde. Men jeg har da også... Eller nej, jeg springer ikke måltider over, det kunne jeg aldrig drømme om at gøre. Som nogen gør vel. Jeg er også meget sådan, at hvis jeg skal nogle steder, så smører jeg mig en klemme og tager med. Men altså skal jeg til et eller andet, så kan det jo sagtens rykke lidt.

- Interview 4. marts 2015

⁸⁰ En undtagelse er Jensen, Jespersen og Grønnows undersøgelse af Københavns kommunes madordning til ældre, hvor de peger på, at eksempelvis ældre med handicap kan have svært ved at leve op til forventninger om det 'fælles måltid', da det kan være vanskeligt at spise med andre, hvis man selv har svært ved at spise på måder, der lever op til normer for socialt samvær (Jensen, Grønnow & Jespersen 2015:31-32).

Selv i deres fravær er de tre hovedmåltider i den forstand nærværende som et dagligt referencepunkt. De tre hovedmåltider forbliver, selv når de springes over eller slås sammen i ét måltid, stadig væsentlige rutiner, der er grundlæggende for en velfungerende hverdag. I den forstand er det fraværende også med til at forme det nærværende. Måltiderne konstitueres som manifest fraværende (Law 2002:126), de bliver betydningsfulde, selv når de ikke finder sted. Måltiderne er definerende for Toves hverdag, de skaber orden og mening. Samtidig er de medskabende for hendes selvforhold, hvilket jeg uddyber i det følgende afsnit.

Tove og hendes afdøde moder

For Tove er det nærmest en umulighed at springe måltider helt over. Måltiderne udgør en grundlæggende kropsligt indlejret temporal orden, der former hverdagslivet, men som også er med til at forme eller bevare Tove som et selvstændigt og selvopretholdende aldrende selv⁸¹.

I Toves tilfælde er det tydeligt, hvordan det at passe og gerne at fremstille de tre hovedmåltider hører med til at kunne sørge for sig selv og leve et "ordentligt" eller et ordnet liv. I modsætning til et liv, hvor man er afhængig af nære sociale relationer eller det offentlige til servering eller ligefrem fodring, sådan som hendes mor, der led af Alzheimers var det i sin sidste tid.

Tove: Min mor skulle have hjælp til det hele til sidst. Også til maden. Faktisk selv til at spise... (Tove puster ud, hun får tårer i øjnene). Det gjorde hende sådan til et barn igen. Hun var ugenkendelig på en måde.

-Interview 4. marts 2015

For Tove er fodringen indbegrebet af en asymmetrisk relation. I Toves beskrivelse objektiveres moderen, hun fratages sin subjektstatus, som var tæt forbundet med det at kunne holde et hus og forberede et måltid med spændende og nye ingredienser.

Tove: Derhjemme fik vi meget varieret mad. Det var meget med, at vi skulle prøve nye ting. Altså dengang skulle man jo på apoteket for at få spændende krydderier. Det passede nok min mor udmærket, at hun kunne lave spændende mad og have et frirum til ikke at være som de andre.

- Interview 4. marts 2015

⁸¹ Jævnfør min analyse i det forrige kapitel.

En væsentlig pointe er her, at den, der spiser, ikke kan ansues som uafhængig af de relationer, som måltidet skabes i. Måltidet gør noget ved mennesker, det former dem og omvendt. Baseret på et feltarbejde i Melanesien viser antropolog Marilyn Strathern (2012), hvordan måltider kan være en inkorporering af komplekse slægtskabsrelationer. Det at spise på særlige måder konstituerer således særlige subjekter og kroppe (Strathern 2012). Strathern fremhæver den proces, hvori den, der "fodrer", overføres til den person, som modtager maden, og argumenterer for, at i den konkrete melanesiske kontekst konstituerer fodringen både den fodrende og den spisende som subjekt. Det er en central pointe i Stratherns analyse, at det ikke alene er fordøjelsen, som følger med måltidet, som er medskabende for subjektet, måltidet i sig selv er ligeledes distribuering af agens (Strathern 2012:12). For Tove er handling derimod snævert bundet til det at kunne fremstille et måltid *selv*, til det selv at bestemme, hvornår, hvordan og hvad man vil spise. I hendes optik er det at være uafhængig både muligt og altafgørende for at være og forblive det selv, hun gerne vil være. Som den der blev fodret, fik moderen, i Toves opfattelse, barnets umyndiggjorte subjektstatus. Tove var vidne til, hvordan den mor, hun kendte, blev ugenkendelig, hun blev en anden, og deres indbyrdes relation forandrede sig.

Toves mor er dermed helt konkret tilstedeværende i hendes måltidsrutiner. På linje med forældrene, der sidder på sengekanten i filmen "The Story of Us". Toves mor bliver en impliceret måltidspartner, en, hun stadig forholder sig til. Hun konstituerer ikke blot en erindring, men en del af Toves rationaler omkring måltidernes betydning, og er tilstedeværende i de valg, Tove træffer omkring mad. Moderen og moderens sygdomsforløb er iboende i den måde, hvorpå måltiderne struktureres og bliver strukturerende for Toves hverdag. Tove vil ikke ende som sin mor.

Tove: Det er meget min mors sygdomshistorie, der har fyldt noget i forhold til det her med at blive ældre. Men hun havde da et udmærket liv – godt – indtil det gik galt, altså med Alzheimers.

- Interview 4. marts 2015

Med erindringerne om moderen bliver Toves bekymringer for fremtiden og hendes forestillinger om det værst tænkelige, det at blive afhængig af andre, en del af Toves måltider. Erindringer aktualiserer således moderen som impliceret måltidspartner, ligesom drømme og planer for fremtiden kan være med til at forme måltidet og andre dagligdags aktiviteter (jf. Löfgren 2014:82). Det fremtidige selv og en fremtidig krop, der kan klare sig uden andres hjælp, bliver således også implicerede måltidspartnere. Den fremtidige uafhængige aldrende krop og det aldringsløse selv, som CALM-interventionen stiller hende i udsigt, er for Tove modsætningen til moderens sygdomsrelaterede forfald. Forsøgsdeltagelsen tilbyder hende en

aldringsproces, der er anderledes end den, hun var vidne til hos moderen. Moren spiller dog også en anden rolle for Toves måltider, hvilket jeg uddyber i det følgende.

Implicerede måltidspartnere og det udvidede hushold

Inddragelsen af Toves mor viser, hvordan det ikke alene er arbejdslivet, som er en del af måltiderne. En række logikker og rationaler materialiseres og personificeres i måltidet i form af de implicerede måltidspartnere. Som sådan er en impliceret måltidspartner sjældent blot én. Toves mor er med i Toves måltidsrutiner på flere måder. Den syge mor med Alzheimers er impliceret i hendes måltider, men det er også den raske unge husmor, der styrede barndomshjemmet.

Tove: Min mor var også sådan: Vi spiste altid frokost klokken tolv, og der kunne man ligesom ikke bryde dagen op, så det kunne godt blive lidt – det gjorde vi jo bare, men lige pludselig, da det ikke var aktuelt mere, så var det en mulighed for at bruge dagen på en anden måde. Nu er det bare sådan, at jeg stadig gør det. Det ligger ligesom fast. Jeg er nok ret regelbundet på den måde.

- Interview 4. marts 2015

Moderen er til stede på mange måder, og hun forekommer afgørende for Toves igangværende og etablerede måltidsrutiner. Hun konstitueres dog samtidig som en måltidspartner, som Tove har et ambivalent forhold til. Tove har forsøgt at løsrive sine egne rutiner fra morens rutiner, men det har været nærmest umuligt. Selvom Tove som nævnt har levet alene i mange år, er hun således aldrig alene i *organiseringen* af måltiderne. Moren er der altid, det er hende, der er med, når Tove til stadighed helst spiser frokost på samme tidspunkt dag efter dag. Det er også moderen, der har været med til at forme Toves med alderen tiltagende forsøg på at organisere dagen omkring måltiderne.

Tove har desuden tidligere levet som alenemor til tre børn. Selvom Tove således er single, så er hendes hverdag socialt og kulturelt organiseret, frem for blot defineret af individuelle behov (Damsholt & Jespersen 2014). Tove lever alene nu, men hun organiserer sig alligevel i et hushold. Når hun køber ind og laver mad, har hun stadig de nu voksne tvillinger og deres familier 'med sig'. Børn og børnebørn skal også have glæde af hendes prioriteringer. Husholdet rækker i den forstand ud over Toves eget hjem. Tove indgår i en form for udvidet hushold, hvor hun altid tager hensyn til andre end sig selv. I flere år har hun været medlem af et såkaldt 'koklapperlaug', hvor hun mod pasning af kvæg får kød til fryseren. Hun tager en del af kødet selv, og giver en del videre.

Tove: Jeg er jo aktivt medlem af et koklapperlaug. Når jeg laver mad til mig selv, er det tit noget, der lige er braset sammen. Eller med det gode kalvekød. Tvillingerne får det skære, og jeg får det til simremad.

- Interview 4. marts 2015

Der er således altid flere end Tove selv impliceret i husholdning og madlavning. Men at være en del af et udvidet hushold giver også udfordringer, idet ikke alle kan leve op til Toves idealer for det gode måltid. Eksempelvis har svigerdatteren, i Toves øjne, et noget tvivlsomt forhold til såkaldte *naturlige råvarer*. Naturlige råvarer er i Toves optik økologiske råvarer og mad uden tilsætning i nogen form. Hendes børnebørn skal ikke spises af med tilsætningsstoffer og smagsforstærkere. Når svigerdatteren således køber mad tilsat kunstig aroma, skal Tove virkelig holde sig i skindet for ikke at blive opdrager.

Tove: Altså jeg skal nok passe på ikke... Altså sommetider kan jeg godt prikke lidt til... Altså nu har jeg en svigerdatter, og der siger jeg, der er forskel på, at den har en smag, og der er jordbær i. Det er ikke helt det samme.

- Interview 4. marts 2015

Som enlig mor har Tove stået for hjemmet og har ikke mindst været garanten for både sin egen og for sine børns sundhed. Svigerdatteren forrykker denne orden med sine anderledes normer for, hvad der er godt og skidt at spise. Som sådan bliver måltiderne også en måde, hvorpå Tove kan være med til at fremme bestemte hierarkier, normer og subjektiviteter i det udvidede hushold, mens de samtidig bidrager til selvopretholdelse. De implicerede måltidspartnere må derfor være måltidspartnere af en bestemt type for at passe ind i Toves udvidede hushold. Interventionsprotokollen bliver ligesom svigerdatteren noget udefrakommende, en anomali, der forherliger det unaturlige. Sådanne implicerede måltidspartnere bliver vanskelige at integrere i Toves igangværende måltidsrutiner, hvilket jeg uddyber med fokus på proteindrikken i det følgende.

CALM-interventionen som undtagelsestilstand

Ved at fastholde muskelmasse på et givent niveau eller helt hindre tab af muskelmasse vil den kliniske intervention bevare og frembringe selvopretholdende ældre og aldrende kroppe, der selv kan intervenere frem for at blive afhængige af sundhedssystemet. Det betyder imidlertid ikke, at forsøgsdeltagelse og ydermere proteindrikken, Tove skal drikke, er nemme at passe ind i den orden, som Tove praktiserer med sine måltider. Proteindrikken bliver et ekstra måltid i Toves optik, der ovenikøbet består af noget for hende ugenkendeligt og unaturligt.

Tove: Altså mæthed er noget andet, det er, når man kan mærke, at kroppen får det godt, at den får det, som den har brug for. Jeg bliver ikke mæt af det der protein vel. Jeg tænker jo, at jeg hellere spiser mad, ikke også? Ikke alt det pjat der... ingen vitaminpiller og sådan.

- Interview 4. marts 2015

Tove har stadig lyst til at spise, men hun kan ikke. Hun bliver forstoppet og kan kun drikke vand om morgenen. Tove beskriver, hvordan proteindrikken fylder maven op og tager hendes appetit. Hun bliver dog langt fra mæt, men længe efter at kunne spise, som hun plejer.

Tove: Jeg gør det nu. Jeg tager det. Men så snart det her slutter, så skal jeg aldrig, aldrig mere i nærheden af den slags [proteindrikken].

Proteindrikken skubber til hverdagens orden, den forrykker og forstyrrer Toves daglige måltider. Ud over at proteindrikken i Toves øjne afviger fra rigtig mad, udgør den også en biologisk barriere for Tove i forhold til at bevare de tre hovedmåltider som markører i en dagsrytme. Proteintilskuddet er en parentes i hendes tilværelse, som hun accepterer, så længe hun er forsøgsperson. Den kliniske intervention bliver i den forstand en form for undtagelsestilstand, hvor normale regler og rutiner trues eller sættes ud af spil.

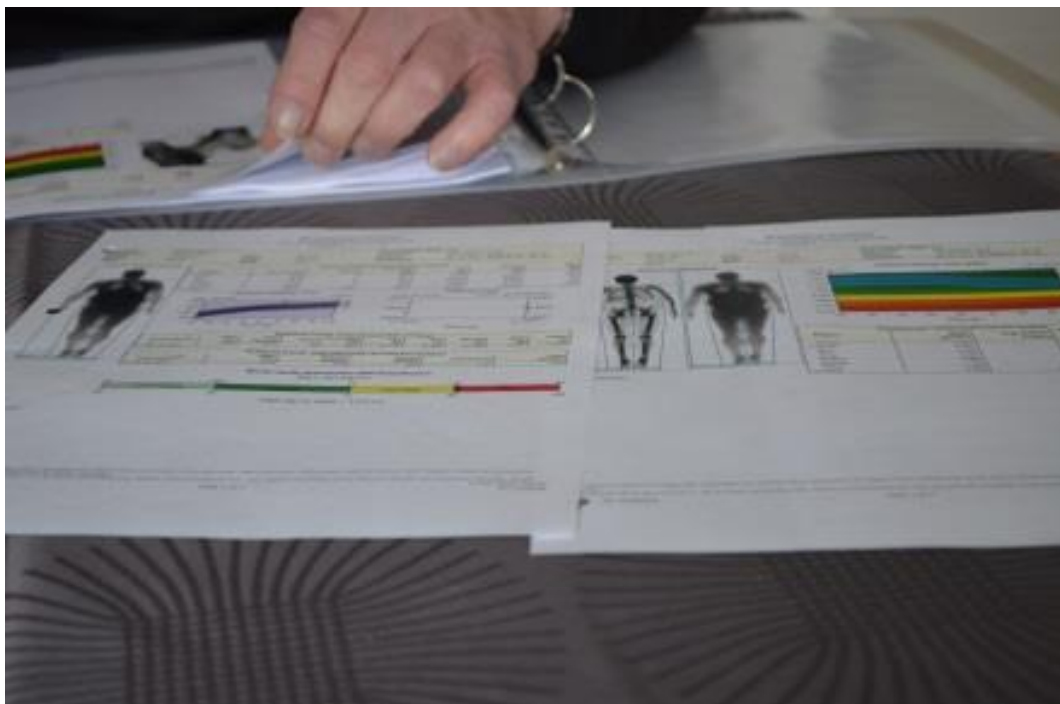
Jeg har således vist, hvordan implicerede måltidspartnere både kan udfordre faste roller i familien og forstyrre hverdagen. Samtidig viser eksemplet med Tove, hvordan der kan opstå modsætninger mellem de implicerede måltidspartnere, der optræder som idealer i organisering af måltider, og så de implicerede måltidspartnere, der er til stede, når madvarer skal vælges og maden skal laves og spises (jf. Ulriksen, 2009). Interventionsprotokollen bliver en ny impliceret måltidspartner, der kan hjælpe hende med vedvarende at opretholde et selvintervenerende ældrelev. Samtidig domesticerer proteindrikken Toves krop, og forsøgsdeltagelse involveres både i hendes fordøjelse, appetitmønstre og organisering af hverdagen. Interventionen forsøger at opdrage hende, ligesom Tove i det stille forsøger at opdrage sin svigerdatter, mens svigerdatteren opdrager børnebørnene på, for Tove, forkerte måder. Tove har længe været den eneste moder og opdrager. Nu er der flere om den rolle. En rolle, som tilsyneladende ofte tilfalder kvinden (Wilk 2010), hvilket jeg kommer ind på i næste del af kapitlet, der tager udgangspunkt i interviews med ægteparret Finn og Grete.

Finn og Grete, familien og forskerne

Netop i hjemmet og i organiseringen af husholdet bliver det sat på spidsen, hvordan rutiner kan være udgangspunkt for forhandlinger og modstand, og særligt måltidet tager form som en kampplads, hvor følelser, hierarkier og magt distribueres (Löfgren 2014:92-93).

Det er tydeligt i Finns eksempel. Finn er 68 år og har været gift med Grete i 38 år. Deres dagligdag er på mange måder synkroniseret. Selvom Finn har været på efterløn og siden er gået på pension, står han op hver dag klokken seks for at lave morgenkaffe til Grete, før hun skal ud ad døren for at passe sit arbejde på det lokale plejehjem. De spiser frokost sammen, når hun kommer retur, og de slapper derefter af ved fjernsynet eller går en tur ved søen. At være forsøgsperson har imidlertid givet Finn en forandret oplevelse af forbindelserne mellem mad og krop, som ikke nødvendigvis stemmer overens med de rutiner, han har opbygget sammen med Grete. Han gør sig overvejelser om at fortsætte træningen i den lokale roklub, når forsøget er slut.

Da Finn blev vejet første gang på klinikken, står nålen på vægten på 90 kilo. Finn får desuden et scanningsbillede med hjem, der viser, hvor overvægtig han kan vurderes at være i forhold til fedtmasse og BMI. På scanningsbillede fremstår hans krop som en sort oppustet skygge.



Scanningsbilleder fra klinikken

Selv er han chokeret, han vidste godt, at han ikke længere var helt slank, men der på billedet kan han pludselig se omkredsen af maven og en høj fedtprocent.

Finn: Jo, jeg fik [billedet] her fra den der DXA, det var chokerende. Ja, for satan. Det var sådan et wake-up-call, ikke? For du ser knoglerne, men du ser også samtidig fedtet. Fordelingen der. Der får du et chok. Tak skal du have, det skal du gøre noget ved, tænkte jeg. Det er også det der med at undgå de der livsstilssygdomme, diabetes og den slags. Mange gange, når du stopper på arbejdsmarkedet, har du også en tendens til ligesom bare at sætte dig hen. Tænke, nu har du i så mange år arbejdet, nu kan du slappe af. Det er farligt.

- Interview 10. marts 2014

Scanningsbilledet nedbryder Finns forståelse og fornemmelse af egen krop, men sætter noget andet i stedet. Som forsøgsperson bliver han gjort opmærksom på, at hans krop er kommet ud af kontrol, men interventionen giver ham samtidig muligheden for at genvinde kontrollen. Ved at underlægge sig interventionens objektiveringer kan han selv tage kontrol over sine måltider og den fysiske træning, og dermed kan han samtidig få kontrol over både scanningskroppen og en fremtidig krop. For Finn artikulerer scanningsbilledet, og i kraft af dette også relationerne til forskerne i forsøget, træningen og proteindrikken, som han skal indtage to gange dagligt, ændrede normer for, hvad hans krop er, kan og skal.

Sociolog Christine Halse peger på, hvordan det 21. århundrede har været præget af en moralsk panik over en potentiel global fedmeepidemi (Halse 2009:45). Denne moralske panik har fostret en helt særlig version af *bios-borgeren*, en bios-borger, der har et personligt ansvar for ikke at blive overvægtig. At undlade at dyrke motion og spise rigtigt gør den enkelte til en utilstrækkelig borger, som ignorerer det fælles bedste og derfor er til fare for et velordnet samfund (Halse 2009:50-51). Som sådan kan Finns ændrede fornemmelse for egen krop og hans nye opmærksomhed på at holde sig sund og slank anskues som en særlig subjektdannelse. CALM-interventionen og de kliniske tests og procedurer bliver for Finn et nyt mulighedsrum eller ligefrem en åbenbaring. Han har stillet sig selv til rådighed for CALM, men han bliver ikke kun objekt. Finns krop materialiseres i form af scanningsbilledet på nye måder. Scanningskroppen forskrækker Finn, idet han i kraft af livslange befolkningspolitiske aldringsforsøg, allerede er opmærksom på, at kroppen må holde sig slank og dermed sygdomsfri også langt ind i alderdommen (jf. Katz 2000). Dette viser i tråd med analyserne i det forrige kapitel, hvordan interventionsspecifikke objektiveringer kan forandre forhold mellem krop og selv og indgå i domesticeringer af bestemte aldringsprocesser. Kroppen, både den på scanningsbilledet og den fremtidige sunde og slanke krop, bliver således implicerede måltidspartnere, hvilket jeg vender tilbage til.

Hos Finns kone Grete fremprovokerer scanningsbilledet følelser af skyld og utilstrækkelighed. Følelser, hun egentlig allerhelst ville have lagt fra sig. Hvor Finn i kraft af interventionen og helt konkret scanningsbilledet pludselig ser noget farligt i "at sætte sig hen" (interview 10.marts 2015), når man bliver ældre, og dermed være mindre aktiv og mindre bevidst om sin krop, var alderdommen – før interventionen – for Grete en kærkommen mulighed for at bekymre sig langt mindre om mad og krop.

Grete: Vi har nok før i tiden levet sundere, end vi gør nu. Fordi man jo som kvinde tænker meget over, om man vejer for lidt eller for meget. Så det har vi nok fra jeg har været omkring 32-33 [år]. Da jeg var helt ung levede jeg nok usundt for at holde vægten, men omkring de 30 blev det på en sundere måde. Der var jo også børnene. Men det er mere nu, nu tænker man, at nu gider jeg ikke al det der. Det er nok meget almindeligt, tror jeg. Det er nok meget almindeligt, når man bliver ældre.

- Interview 10. marts 2015

Grete spejler i citatet her de kropsidealer, som jeg beskrev i relation til Ruth og Helle i afhandlingens forrige kapitel. Grete har forsøgt at holde sig slank, at spise så lidt så muligt, og senere så sundt som muligt for børnenes skyld. Grete har gennem hele sit voksenliv og i sit moderliv bekymret sig om, hvorvidt hun vejede for meget, og om de levede sundt nok som familie. Netop skyldfølelse eller fornemmelsen af aldrig at slå til hører ofte med til organiseringen af et hushold og til pasning af hjemmet (Löfgren 2014:88), og skyldfølelsen har fulgt Grete tæt i hendes forsøg på at gøre det bedst muligt for familien og leve op til skiftende idealer og sundhedsanbefalinger. Grete har i vidt omfang taget sig af omsorgsopgaver og husholdningsarbejde, der inkluderede den detaljerede koordinering af måltiderne. Finn bevæger sig med sin nye viden derfor ind på et domæne, der hidtil har været hendes. På trods af at Grete har været på arbejdsmarkedet, ligesom Finn, er det hende, der mestendels har stået for alt fra indkøb til madlavning. Med Finns deltagelse i det kliniske forsøg er disse kønsopdelte opgaver pludselig til forhandling og dermed også ansvaret for, hvad der bliver spist i hjemmet og vurderinger af måltidernes sundhed.

Finn: Vi spiser jo nok usundt.

Grete: Nu holder du op! Vi spiser ikke så usundt, som Finn gør det til. Det er nok derfor, han er blevet opmærksom på grund af forsøget. Vi spiser for lidt. Men det vi laver, når vi laver noget, det er altså sundt nok.

- Interview 10. marts 2015

Under interviewet med Finn bliver det tydeligt, hvordan han bringer Grete i forlegenhed ved at påpege, at de spiser usundt. Selvom Grete egentligt mener, at hun i kraft af sin alder endelig kan slippe følelserne af utilstrækkelighed og skyld, bringer Finn utilsigtet disse følelser tilbage med sine spørgsmål og sine scanningsbilleder. I den forstand bliver scanningskroppen og interventionens logikker implicerede måltidspartnere for dem begge, hvilket jeg uddyber i det følgende.

Ægtefæller som måltidspartnere og det livslange ansvar for en sund krop

Selvom Finn mener, at han og Grete har været fælles om mange af de huslige opgaver, særligt efter at han er gået på pension, påpeger Grete vedvarende, at det var hende, der var den primære i relation til særligt madlavning og børnenes sundhed. Til trods for at hun altså fik sit første barn i en periode, hvor nye kvindeidealer var under opbygning.

Grete: Da børnene boede hjemme, var det slik og chips om lørdagen. Finn og jeg synder med rødvin og peanuts. Vi prøver at styre os. Jeg har altid været den, der styrede det (...) Så kunne man jo høre fra tandlægen for eksempel, at det var godt, at børnene fik mælk. Eller jeg hørte noget om levertran. Føj. Nu med børnebørnene er det noget andet, der er vigtigt.

- Interview 10. marts 2015

Grete er barn af 1950'erne. Hun er således vokset op med, hvad etnolog Sigrid Leilund kalder et *"finmasket net af ernæringsvidenskab, bakteriologi, husholdningsbevægelse, statslige kommissioner m.fl."* (Leilund, 2012:9), der sørgede for at gøre piger og kvinder til husmødre og gjorde dem i stand til, på forskellig vis, at omsætte denne viden i materielle praksisser. Grete fortæller, at hun voksede op i et hjem med en mor, der gik op i, at hjemmet var rent, at der var god og ernæringsrigtig mad på bordet, så der var både grønt og kød, som hun siger. Finn griner, da han fortæller, at hans svigermor var sådan en, der fandt på lige at køre en finger henover vindueskarmen i deres lejlighed, når hun var på besøg – bare for at tjekke, om der var støv. Ifølge Leilund blev kvinderne i 1950'ernes Danmark netop anerkendt som borgere på deres position i hjemmet og familien og opfordret til at varetage ansvaret for husholdningen *"under hensyntagen til skiftende anvisninger fra stat og videnskab"* (Leilund 2012:8). I dette argument var det ikke et særligt borgerligt kvindeideal, der gjorde kvinderne til husmødre, men i stedet historisk specifikke vilkår (Ibid.).

Som sådan har det været Gretes opgave som kvinde at holde sig selv og familien sunde og slanke. Hun har, som jeg argumenterede for i forhold til Tove, været *husmoder* og opdrager. Hjemmet har således ikke

udelukkende været et sted for privat subjektivitet (jf. Damsholt 2015:104). Grete har haft ansvaret for, at familien var gode, selvintervenierende bios-borgere (Halse 2009; Rose 2007), der blev i stand til at adskille sundt fra usundt, hvilket i Finn og Gretes optik primært betyder at adskille gode, næringsrige fødevarer fra fedende fødevarer. Grete har været den, der stod med ansvaret for hele familiens sundhed. Hun har forsøgt at følge med og leve op til skiftende sundhedsanbefalinger, sådan som også hendes mor gjorde det.

Det har Finn hidtil ikke gået op i. Han har i stedet været optaget af sin vinklub og har i høj grad været den, der skabte relationerne udadtil. På samme måde i sit job, hvor han var ejendomsadministrator i det boligselskab, hvor familien også boede til leje. Grete har altid haft traditionelt kvindeligt omsorgsarbejde på plejehjem og i børnepasningstilbud. Objektivisering af husholdningen og hjemmet som et kvindeligt domæne har således i høj grad skabt Finn og Grete som kønnede måltidspartnere, hvilket har været medkonstituerende for følelser af utilstrækkelighed og skyld hos Grete. Finns forsøgsdeltagelse udpeger som følge heraf Grete som en dårlig husmoder, der ikke længere kan leve op til specifikke bios-borger-ideal, der handler om at holde sig selv og 'sine egne' sunde og raske. Hvor det at være disciplineret som husmor – på forskellige måder – er noget, der har hørt en særlig periode af Gretes livsløb til, er det nye selvteknologisk domestice-rede 'bios-borgerskab' livslangt. Finns deltagelse i CALM genetablerer på en særdeles påtrængende måde den viden om sundhed, som Grete har været subjekt for livet igennem. Det er ikke noget, Grete blot kan lægge fra sig, fordi hun ældes, eller fordi børnene er flyttet. Scanningsbilledet som impliceret måltidspartner materialiserer dermed et biopolitisk regime af livslang sundhed fremfor en sundhed, der kun angår den reproduktive alder og småbørnsmoderens ansvar for børnene. Grete kommer derfor til at blive konstant impliceret i Finns måltidsrutiner. Finns måltider navigeres i den forstand i et rum af flere implicerede måltidspartnere. Grete og hendes følelser af utilstrækkelighed, skyld og skam er eksplicit medskabende for hans måltidsrutiner, men forskerne og scanningskroppen er ligeledes med til at forme ham - ligesom en fremtidig ældre krop også bliver impliceret måltidspartner og har betydning for Finns valg af mad. Dette viser tydeligt, hvordan madvalg langt fra kun er en individuel beslutning, men i stedet foregår i sociale relationer. Finn forsøger at leve op til det, som han opfatter, at forskerne i interventionen fastsætter som den rigtige måde at spise på. Samtidig er han blevet opmærksom på sundhedsanbefalinger, som Grete tidligere stod vagt om.

Finn: Morgenmad spiser vi. Det gør vi sammen. Og frokost tager vi som regel, når Grete er kommet hjem. Så aftensmad – det er der halv seks eller seks. Det er som regel grønt, kylling og hakkebøf. Og laks, ikke, jeg er helt vild med laks. Og laks også til frokost selvom det er pissetyrt. Når ungerne kommer hjem, er det pizza, spaghetti og lasagne og den slags. Det er skråplanet, som vi kalder det. Ellers lever vi sådan rimeligt. Havregryn spiser jeg også mange af. Og så er

vi begyndt at spise skyr eller 'skir', ikke. Men jeg skal helst have det med vanilje, ellers er det fandeme for surt for mig. Men Grete hun kan spise det, men hun kan også spise et surt æble, det kan jeg ikke.

- Interview 10. marts 2014

Det er tydeligt, at man ifølge Finn bør spise morgenmad. Fisk har han også hørt skulle være sundt. Skyr, som er et proteinrigt produkt, kan han kun få ned med vanilje. Sundhedsanbefalinger, der er grundlæggende for den kliniske intervention, for eksempel om at øge indtaget af protein, men også andre anbefalinger for at opnå en slankere krop, blander sig således på kryds og tværs i Finns måltidsrutiner, personificeret i de forskere, som er en del af Finns nye aldringsforsøg.

Finn: Men det er jo for at få den muskelmasse, at du spiser alle de proteiner, ikke. Det er det, de siger derude. Og det er jo også forskerne, som ved de her ting, de giver mig et ekstra skub, kan man sige.

- Interview 10. marts 2014

I Finns forsøg på at tilpasse sin livstil og navigere i forhold til forskerne, støder han imidlertid sammen med Gretes tidligere rolle eller selv som husmoder, småbørnsmor og omsorgsgiver. De roller, de hver især har været tildelt i deres ægteskab, og også i deres arbejdsliv, står pludselig for fald. I den forstand forbinder måltidet forskellige og modstridende rationaler, følelser og selvforhold. Deres fælles "normaltilstand", deres samkørte og i høj grad kønnede hverdagspraksisser og rutiner lider et knæk. Som Ehn og Löfgren peger på, forskubber kriser ofte umiddelbart indgroede og synkroniserede hverdagspraksisser og rutiner (Ehn & Löfgren 2010:117). For Grete bliver interventionen netop en sådan krise. Finns livsstilsændringer mobiliserer følelser af irritation og vrede, selvom hun forsøger at bakke sin mand op. Jeg taler således på et tidspunkt med Finn om, hvorvidt det er hårdt at være med i CALM. Svaret kommer prompte ovre fra sofaen, hvor Grete sidder:

Grete: Nej, det er sgu nok mest en belastning for de pårørende.

Finn: Nej, hvad mener du med det?

Grete: Ej, det fylder meget... Men det er bare, fordi Finn går meget op i det. Det er jo kun positivt. Vi synes jo alle sammen, at det er positivt at have noget at stå op til tre gange om ugen i stedet for at sidde ved computeren.

- Interview 10. marts 2014

Finn har i sit arbejdsliv været en typisk lønarbejder⁸². Han var glad for sit job, men han arbejdede tydeligvis mestendels for at kunne sørge for sin familie og dyrke sine hobbies. I den forstand sikrer forsøgsdeltagelse også en form for kontinuitet mellem arbejdsliv og pensionisttilværelse. Finn har fundet en ny hobby – en hobby, som impliceres i hans måltider, er med til at forme hans krop, men som også pirker til rollerne i hans ægteskab. De implicerede måltidspartnere afstedkommer et mismask af følelser af både glæde, skam, frustration og vrede, der alle får betydning for, hvordan interventionsprotokollens måltidsrutiner kan domesticeres (Löfgren 2014:86; Ehn & Löfgren 2010:27). Det er først i kraft af CALM-interventionen, at Finn genkender sig selv i de forømtalte livslange selvinterventioner, og netop denne selvteknologiske domesticering forrykker magtbalancen i Finn og Gretes ægteskab. Hvor de kliniske aldringsforsøg for Finn dermed bliver en åbenbaring, der konstant forhandles med hans kone, indgår Christian i CALM-interventionen på helt andre præmisser. Forsøgsdeltagelse bliver i højere grad en videreførelse af Christians hidtidige rationaler og rutiner, hvilket jeg uddyber i det følgende afsnit.

Direktøren Christian og forretningspartnerne

Christian er 66 år, uddannet ingeniør og har en ph.d. i fødevarevidenskab fra et prestigefyldt universitet i USA, hvor han blandt andet udviklede næringsrigtige fødevareprodukter til astronauter i NASA. Efter endt uddannelse krøb han hurtigt op ad karrierestigen og blev senere direktør i en større international fødevarekoncern. Christians forhold til sin egen krop reflekterer i vidt omfang den fødevarevidenskab, han selv har været en del af. Det er en fødevarevidenskab, der fremmer en biomedicinsk fragmenteret krop ved at finde enkeltstående løsninger til specifikke kropsdele og kropslige processer i form af vitaminer og kosttilskud (McCabe & Fabri 2012:50). Tilskyndelse til selvintervention og kropskontrol har været en del af Christians liv og livsførelse længe, faktisk siden han som helt ung påbegyndte sine studier og måske før det, da også hans far var højtuddannet ingeniør med speciale i fødevarevidenskab. Dette har været med til at forme Christians ideer om det gode måltid, og hans personlige valg af mad. Der er i den forstand intet skel mellem Christians arbejdsliv og hans fritid. Han kan karakterises som et udpræget karrieremenneske. Dette kommer til udtryk i relation til specifikke implicerede måltidspartnere. Christian er i kraft af sine interesser for kost og krop på flere måder sindbilledet på den selvteknologisk domesticerede ældre og den gode, sunde og aktive aldrende krop, som i høj grad synes at blive en forudsætning for interventionens gennemførelse. I tætte relationer til biomedicinen har Christian forvaltet og taget aktivt stilling til sin krop og sin sundhed både som ung og ældre på en anden måde end Tove og Finn, fordi han både har haft en anden viden og et andet

⁸² I en livsformsteoretisk kontekst er lønarbejderlivsformen karakteriseret ved, at fritiden er målet, mens arbejdet er et middel til at opretholde en meningsfuld fritid (Højrup 1983).

økonomisk spillerum end dem, og fordi han tydeligvis abonnerer på interventionens grundlæggende logikker omkring mad og måltider. Christian har derudover ikke haft andre end sig selv at tage vare på i dagligdagen.

Christian: Jeg lærte, da jeg studerede, at hvis du tager 1 g C-vitamin hver dag, det har jeg gjort i over 40 år, så er det godt for helbredet. Og faktisk af en der har fået nobelprisen to gange, jeg fulgte hans eksempel. Og senere lærte jeg at Q10 er godt for at holde hjernen i gang, så det har jeg taget i 30 år. Og fiskeolie hjælper med at holde årene rene, men ikke på kolesteroltallet. Og de sidste 5 år har jeg taget selen for det er godt mod prostataen. Det gør jeg slavisk hver dag.

- Interview 23.september 2014

Som Finn er Christian således interesseret i at spise *sundt og rigtigt* også i den form, som interventionsprotokollen foreskriver. Christian er imidlertid allerede en del af det særlige fællesskab, som de kliniske aldringsforsøg udgør. For Christian er CALM-interventionen således hverken en undtagelsestilstand, som den er for Tove, eller en åbenbaring, som den er for Finn. Forskernes logikker er allerede en del af Christians forståelser af det gode måltid og hans forståelser af det at spise og leve sundt. Han er bekendt med fysiologernes hypoteser og metoder og kender næringsværdien af specifikke fødevarer. Christian anskuer i høj grad mad som næring, og han efterstræber en form for spisning, der sorterer alt unødigt fra. Christian forsøger at spise det, som kroppen har brug for, med udgangspunkt i den viden, han har etableret i sit arbejdsliv. I en samtale, jeg har med interventionslægen, fremhæver han da også Christian som en lettilgængelig og vidende forsøgsperson, der umiddelbart er i stand til at sætte sig ind i meget kompleks information. Christian indgår således uden besvær i et (bio)medicinsk formet fællesskab. Han bliver en del af den såkaldte *biosociality* (Rabinow 1996), der baserer sig på en indforståethed omkring kroppens muligheder og begrænsninger (Johnsson 2013:881).

I den forstand bliver forsøgsdeltagelse blot en endnu en uproblematisk selvintervention, selvstyrkelse og selvevaluering, som har præget det meste af Christian liv – eller i hvert fald de seneste 40 år, hvor han taget del i fødevareforskning. I modsætning til hvad jeg viste i relation til Finn, artikuleres en fremtidig krop således allerede som impliceret måltidspartner i Christians måltidsrutiner. For Christian kommer CALM-interventionens objektiveringer således til at understøtte et igangværende krops- og selvskabelsesprojekt og Christians relationer til forskerne som måltidspartnere fremstår i det store hele som ganske ukomplicerede. Som forsøgsdeltager bliver Christian i den forstand CALM-interventionens idealtilstand. Christian arbejder konstant på at opretholde en virksom krop også i kraft af sin kost, så han kan holde sig ”*velfungerede til det*

sidste”, som han selv siger. Proteindrikken, som han dagligt indtager i forbindelse med sin træning, har for ham derfor en helt klar funktion. Christian er gift med en vegetar, og han er overbevist om, at han ikke får protein nok.

Christian: Min kone laver god vegetarmad, og jeg kan godt se fornuften i ikke at spise så meget kød. Men altså... nogle gange har jeg været bange for, at jeg fik for lidt protein, og derfor har det her studie været interessant for mig. Så nu får jeg i hvert fald 40 gram mælkeprotein hver dag. Jeg drikker jo ikke mælk, det gjorde jeg, da jeg var yngre. Der får du jo også lidt ind. Jeg spiser kager en gang i mellem, der kan også være lidt protein i, brød er det jo protein i. Jeg ved jo godt, at du skal have protein fra forskellige kilder, for ellers får du ikke alle aminosyrer ind, så jeg tror med det her projekt, får jeg dækket mit proteinbehov, for jeg har mistænkt, at jeg får for lidt i forhold til de kulhydrater, som jeg får.

- Interview 23. september 2014

For Christian er der intet unaturligt ved proteindrikken. Modsat Tove finder han, at proteindrikken er med til at opretholde et godt helbred. Han ved nøjagtigt, hvad den indeholder, idet han har fået indholdsfortegnelsen fra forskerne på klinikken. Han balancerer indholdet af proteindrikken i forhold til resten af sin kost. Proteindrikken er for Christian dermed blot ét forsøg af mange, som han har lavet med sin krop, og samtidig passer den ind i dagsrytme, hvor han allerede har erstattet morgenmaden med netop kosttilskud.

Christian: Jeg tager mit Q10 og mine C-vitaminer og fiskeolie. Det har jeg gjort i årtier og så noget stærk kaffe, nogle gange et glas med fibre. Jeg er ikke sulten om morgenen. Fordi jeg har rejst så meget, så har jeg jo spist meget på udenlandske hoteller og restauranter. Og så begyndte jeg for 20-25 år siden ikke at være sulten om morgenen, og mange gange spiste jeg heller ikke frokost. Så jeg spiste faktisk kun om aftenen. Jeg tror, det kom sig af, at mange af de der middage om aftenen i udlandet med kollegaer eller business-folk, der spiste du meget og drak meget. Det var jo lige før, man fik en flaske vin ind hver om aftenen. Heldigvis så holdt jeg altid stand. De andre fortsatte jo med cognac bagefter, det holdt jeg op for mange år siden. Heldigvis. Jeg tror, de der meget tunge middage vi havde om aftenen, gjorde at jeg sprang morgenmaden over og tænkte, så springer jeg også frokosten over, for i aften skal vi

til det igen. Jeg tror, det kom den vej langsomt. Så blev det sådan, at jeg ikke er sulten om morgenen.

- Interview 23.september 2014

Christians manglende sultfølelse om morgenen er skabt i et langt arbejdsliv. Pensionen er et klart brud med tidligere måltidsrutiner i den forstand, at Christian ikke længere i samme omfang rejser og spiser sammen med forretningspartnere. Selvom han var stoppet i direktørjobbet for over to år siden, da jeg besøgte ham i hans enorme lejlighed i København, spiller de mange møder efterfulgt af tunge forretningsmiddage imidlertid stadig en afgørende rolle for hans måltider. Forretningspartnerne er således implicerede måltidspartnere på flere måder. Christian anskuer sig selv i opposition til dem, der gav los og drak alkohol i rigelige mængder, når de var hjemmefra. På samme måde fik mødet med hans vegetariske kone ham til at stoppe med de røde bøffer. Alligevel slår direktørtilværelsens normer for, hvordan man spiser, og arbejdslivets organisering af måltider igennem i Christians pensionisttilværelse. Helt konkret ved, at han springer morgenmaden over og stadig spiser mest om aftenen. Appetit eller mangel på samme bundet dermed i meget andet end den biologiske aldringsproces. Manglende sultfølelse, som i interventionens logik kan sammenkædes med biologiske ændringer, forstår jeg i Christians tilfælde som en socialt medieret kropsliggjort praksis, en form for naturaliseret effekt af et gentaget måltidsmønster (jf. Butler 2007:174). Det at springe morgenmaden over bliver i den forstand ikke resultatet af enten en øjeblikserfaring eller af en aldersrelateret formindsket lyst til mad. I hvert fald ikke udelukkende. Det bliver snarere en kropslig inkorporering af arbejdslivet og rejselivets rutiner og relationer. Appetit forbinder og forbindes dermed af forskellige niveauer af tid i hverdagslivet. Forretningspartnere bliver implicerede måltidspartnere, der er med til at bevare en specifik orden i Christians måltidsmønstre.

Som jeg har argumenteret for, bliver Christians måltidsorden derudover i høj grad styret af den viden, han har tilegnet sig og også udviklet og videresolgt i sin tid som direktør. Christian har både været med til at lede andre på fødevareområdet, han har aktivt været med til at forme, hvad andre skulle spise, men han leder også sig selv ved hjælp af selvteknologier. Interventionsforskerne bliver således ligeværdige måltidspartnere, som Christian diskuterer og udveksler erfaringer med, og han deltager derfor i de kliniske praksisser på helt andre præmisser end både Tove og Finn. Christians hverdagsliv er allerede domesticeret af de kost- og måltidslogikker, der gør sig gældende i det kliniske arbejde. I den forstand er det i kapitlets analytiske sammenhæng tydeligt, hvordan implicerede måltidspartnere ikke kun bliver rationaler og aktører, som forsøgspersonerne selv har med sig i form af følelser, vaner og familierelationer. Måltiderne er samtidig overfyldt med politiske interventioner og sundhedsanbefalinger, hvilket understøtter afhandlingens pointer

om, at forsøgspersonernes allerede igangværende aldringsforsøg i høj grad må forstås som formet i livslange (selv)interventioner.

Opsamling

Den kliniske intervention i CALM og de normer for det gode, sunde og aktive ældreliv, som artikuleres her, er kun et af flere tiltag, som bliver konstituerende for forsøgspersonernes måltidsrutiner. Forsøgsdeltagernes måltider praktiseres således på flertydige måder – og også som ganske forskellige forsøg på at skabe orden og mening i hverdagen. I kapitlet har jeg fremanalyseret implicerede måltidspartnere for at forstå, hvordan måltider organiseres og desuden bliver sociale begivenheder, som er med til at forme hverdagen, hvad enten man indtager sin mad alene eller sammen med andre omkring bordet. Måltidspartnere er altid tilstedeværende, og måltiderne er derfor aldrig kun individuelle, de praktiseres i hushold med ægtefæller, børn og børnebørn og med rutiner, rytmer og vaner, og etableres desuden kontinuerligt i relationer til blandt andet kollegaer og afdøde familiemedlemmer.

Med udgangspunkt i de implicerede måltidspartnere har jeg således vist, hvordan Tove, Finn og Christian har helt forskellige tilgange til, hvad det gode måltid skal kunne. De har forskellige ideer om, hvordan man spiser sundt, og de har forskellige måder at strukturere deres dag omkring måltiderne på. For Tove bliver forsøgsdeltagelse således en form for *undtagelsestilstand*, særligt når det kommer til proteindrikken. Netop fordi proteindrikken opfattes som noget unaturligt, og fordi det ikke passer i Toves dagsrytme, som er struktureret omkring måltiderne, har Tove svært ved at indgå som forsøgsdeltager i CALM. For Finn derimod bliver CALM-projektet en *åbenbaring*, han påtager sig at omforme og vedligeholde sin krop ud fra interventionens logikker. Dette vækker dog også en konflikt mellem ham og hans kone Grete, som gør det vanskeligt at leve efter interventionens idealer, selvom Grete gør alt, hvad der står i hendes magt for at støtte ham. For den tidligere direktør i fødevarebranchen, Christian, bliver forsøgsdeltagelse en del af en *fortløbende* selvinterventions- og selvudviklingsproces, hvor proteindrikken og forskernes tilgang til måltidet som værende næring, som allerede nævnt, passer som fod i hose med Christians egen forståelse af, hvad mad som næring (og ikke nødvendigvis måltidet) skal kunne.

Samtidig bliver specifikke måltidspartnere helt konkret implicerede i kultiveringen af kropslige behov, som det blandt andet ses i forhold til Christians morgenmad, men også med Tove, der ikke holder ud at springe måltider over. Det er således ikke alene den biologiske aldringsproces, der har betydning for ændringer i måltidsmønstre og måltidsrutiner, sådan som interventionsforskere og diætister pegede på ved det møde, som jeg beskrev i kapitlets indledning. Hvad og hvordan de ældre spiser, bliver snarere både socialt, materielt og tidsligt distribueret og dannet. Jeg har således argumenteret for, at de implicerede måltidspartnere

synkroniserer, forbinder og strukturerer tid, følelser og rutiner på måder, der er afgørende for, hvordan måltidsrutiner skabes og kan forandres. Måltidspartnere hører ikke til i enten nutiden, fortiden eller fremtiden, men materialiseres side om side og er implicerede i de ældre forsøgspersoners organisering af måltider på ofte modsatrettede måder.

Min analyse viser i den forstand, hvordan forsøgspersonerne på forskellige måder kan leve med og realisere interventionsprotokollen, og hvordan de helt konkret tilegner sig og tilpasser sig proteindrikken, og dermed ydermere domesticerer de diætowlægninger, som fremmes i interventionsprotokollen.

Jeg peger i kapitlet derved på to meget centrale ting i forhold til CALM og andre fremtidige sundhedsinterventioner. En modstilling mellem hedonistisk og homøostatisk spisning er ikke nødvendigvis tilstrækkelig for at forstå ældres måltider som udgangspunkt for at implementere livsstilsændringer på måltidsområdet. Det er en modstilling, som eksisterer, også i forsøgspersonernes måltidsrutiner, hvilket særligt kommer til udtryk i forhold til Finn, men det er også en modstilling, som kun tager højde for ét spisende individ. Måltidet implicerer, som jeg har vist, altid mere end én. Udviklingen af begrebet implicerede måltidspartnere, understøtter således afhandlingens undersøgelser af, hvordan hverdagspraksisser og rutiner formes som relationelle, kollektive mønstre, frem for udelukkende som individuelle vaner (jf. Ehn & Löfgren 2010:120). Antropologerne Cherryl Mattingly, Lone Meinert og Lone Grøn (2011) har argumenteret for, at det at forberede et måltid og dække et pænt bord, umiddelbart kan forekomme at være trivielle og ubetydelige hverdagsrutiner, som forebyggere og politikere let kan omforme og ændre, men som praktiseres som dybt integreret i omsorgspraksisser, der kan handle om både selvomsorg og omsorg for andre (Mattingly, Meinert & Grøn 2011:370). Tages der højde for implicerede måltidspartnere kan spørgsmål om omsorgsrelationer og 'omsorgshierarkier' også gøres præsentable, som eksemplet med Tove og hendes børn og børnebørn viser.

Ydermere har jeg argumenteret for, hvordan følelser som vrede også har betydning for, hvordan og hvorvidt kliniske interventioner virker. I en logik, hvor måltider kun er næring, og hvor dårlige spisevaner hænger sammen med individets ringe evne til behovsudsættelse eller en aldersrelateret mindskelse af sultfølelsen, tages der ikke højde for vrede, frustration eller for den sags skyld kedsomhed og eufori. Følelser, der opstår i sociomaterielle relationer, som for eksempel mellem Finn, scanningsbillederne og hans kone Grete, og som også har betydning for, hvad og hvordan forsøgspersonerne spiser. Det må være centrale indsigter også i fremtidigt forebyggelsesarbejde, idet forskning tidligere har peget på, hvordan implementering og standardisering af medicinske protokoller blandt andet hviler på forsøgspartnere og sundhedsprofessionelles strategiske involvering af relevante allierede (Timmermans & Berg 1997:274).

I det næste kapitel vil jeg yderligere udbygge pointer omkring etablering og forandring af rutiner, ligesom jeg vil undersøge proteindrikkens betydning og domesticering af proteindrikken i relation til de forskellige

former for træning, som indgår i forsøgsdeltagelsen. Her vil jeg samtidig uddybe, hvordan ikke kun menneskelige aktører, men også møbler og øvrige genstande, der ophobes og udskiftes gennem forsøgspersonernes liv, har betydning for, hvordan diæt- og træningsrutiner domesticeres i de ældres igangværende aldringsforsøg. Kapitlets omdrejningspunkt er forsøgspersonernes hjem og spørgsmål om, hvordan hjem bliver afgørende for de aldringsforsøg, som jeg har studeret i nærværende afhandling.

Kapitel 7: Hjemliggørelse af aktiv aldring

Indledning

”(...)moderat træning, der er mulig at gennemføre i hjemmet efter oplæring og med periodevis opfølgning, vil formentlig være mere udholdeligt i det lange løb, og de ældre vil muligvis være mere tilbøjelige til at få gennemført denne træningsform.” (*Protokol Aldersrelateret tab af muskelmasse 2013*)

Hjemmet (domus) konstitueres i CALM som et afgrænset stedsligt udgangspunkt for aldringsforsøg. Ældres hjem og ældres vedvarende selvhjulpethed og mestring af hverdagsgøremål knyttet til hjemmet bliver herudover CALM-interventionens mål. I nærværende kapitel undersøger jeg således, hvordan der i forsøgsdeltagelsen skabes forbindelser mellem realiseringer af interventionsprotokollen og forsøgspersonernes hjem, og hvordan disse forbindelser får betydning for forsøgspersonernes domesticering af både tung og let styrketræning og af proteindrikken. I den forstand bygger kapitlet videre på pointerne i det forrige kapitel om måltidspartnere ved at forholde sig til forsøgspersonernes udfordringer med at realisere interventionens protokoller i igangværende aldringsforsøg.

Som det fremgår af citatet fra interventionsprotokollen her ovenfor, er det en væsentlig tese i CALM-interventionen, at de forsøgspersoner, der træner i hjemmet, både har en større tendens til at gennemføre interventionsforløbet og til efterfølgende at holde fast i protokollens livsstilsændringer. Det skyldes blandt andet, at man fra forskernes side ikke forventer, at der opstår muskulær ømhed i forbindelse med hjemmetræningen i samme omfang som med styrketræningen. Det skyldes også, at forsøgspersonerne i interventionens logikker er mere frie til selv at råde over deres tid. Forsøgspersonerne er således ikke i samme grad som de kliniktrænende bundet af aftaler med forskere og trænere, de kan selv bestemme, på hvilke tidspunkter af dagen træningen skal finde sted, og de er ikke afhængige af transport til og fra Bispebjerg. Hjemmet forekommer i den forstand at være afgrænset fra interventionen, et sted, hvor forsøgspersonerne i højere grad kan tage fri fra forsøgsdeltagelse, og hvor de fastholdes af egen vilje eller motivation. Som en CALM-tilknyttet fysioterapeut udtrykker det:

Det er jo vores tese, at træning giver mere mening i eget hjem. Der kan de selv bestemme tidspunkt og tempo, og de behøver ikke at tage nogen steder. De kan træne i nattøj, hvis de vil. Deres hjem er også deres egen hjemmebane - de ved jo selv, hvor det er bedst at udføre øvelserne. De styrer så at sige selv.

- *Samtale Sportsmedicinsk klinik,
januar 2015*

I visse antropologiske studier vækker denne antagelse genklang. Hjemmet anskues i modsætning til andre lokaliteter som et sted, den enkelte kan trække sig tilbage til og genvinde kontrol (se til eksempel Gullestad, 1992). Hjemmet knyttes både i dagligdags tale og i kulturvidenskabelig forskning ofte til det *”uforanderlige, det stabile og det trygge”* (Vacher 2006:2). Gerontologisk forskning særligt med udspring i socialpsykologien argumenterer desuden for, at man som ældre føler sig mere knyttet til hjemmet end i andre livsfaser, idet hjemmet er forbundet med langvarigt tilhørsforhold, genkendelighed og desuden fortrolighed med domestiske rutiner (Winther 2006; Windsong 2010; Wiles et al. 2011; Stones & Gullifer 2016). Som jeg berørte i afhandlingens indledning, hænger denne viden tæt sammen med konceptet *”ageing in place”*, som normalt defineres som en persons mulighed for at blive *’længst muligt i eget hjem’* og lokalsamfund, med de teknologier og den indgriben i form af hjemmehjælp, det måtte kræve for at undgå institutionalisering (Moreira 2016; Clotworthy 2018). CALM-projektet bliver i høj grad medskabere af denne dagsorden, mens projektet samtidig rummer idealer for aktiv og sund aldring. Aktiv aldring kan umiddelbart synes at stå i modsætning til en *’ageing in place’*-dagsorden, idet aktiv aldring ikke nødvendigvis handler om tilknytning eller om at forblive ét sted, men i stedet handler om vedvarende at forny og engagere sig livet igennem. Moreira har imidlertid argumenteret for, at de to idealer hænger tæt sammen, blandt andet i og med udviklingen af teknologier, der gør det muligt med hjemmet som base at forbedre ældres autonomi på trods af funktionstab (Moreira 2016:161). For forsøgspopulationen i CALM kan *’hjem’* og *’hjemlighed’* imidlertid praktiseres meget forskelligt, og forsøgspersonerne lever ikke nødvendigvis op til forestillingen om den ældre som havende et livslangt lokalt tilhørsforhold eller som værende særligt forbundet med endsige særligt engageret i eget hjem.

Træning til *’Længst muligt i eget hjem’*?

Kun lidt under halvdelen af de forsøgspersoner, som jeg har interviewet og fulgt i den kliniske intervention, har således boet samme sted det meste af deres voksne liv. Disse planlægger at blive boende, og for dem er det et parameter for en god aldringsproces, at de kan forblive knyttet til lokalområdet, hvor de selv er vokset op, hvor de har haft børn, eller hvor deres familie og venner bor. Helene, som jeg introducerede i

kapitel 3, er desuden efter mange år vendt tilbage til Danmark fra udlandet for efter eget udsagn at etablere "*en tryk alderdom*" (interview november 2014). Dette viser, at stedsbundenhed *kan* have en betydning i de ældres igangværende aldringsforsøg. Flere af mine informanter er dog flyttet ind i en ny bolig efter pensionen eller i forbindelse med pensionen, som ofte bliver en glidende overgang. De har måske solgt det hus, som de i sin tid stiftede familie i, og de har købt eller fremlejet nye huse og lejligheder. Ikke alene for at komme helbreds- og funktionalitetsproblemer i forkøbet eller for i en langsom proces at afvikle hjemmet. Langt oftere fortæller de i interviews, at deres flytning handler om at komme tættere på børn og børnebørn. En forsøgsperson og hans kone er netop af den årsag flyttet fra en dansk ø, hvor de drev en frugtplantage, ind til et af brokvarterene i København, hvor de nu bor i en mindre lejlighed (interview med Hans-Peter 67 år november 2014), mens et kærestepar, der mødte hinanden sent i livet, og begge deltager i CALM-interventionen, er flyttet fra Sydsjælland til midten af København (interview med Barbara 65 år og Olav 67 år juni 2015). Andre er flyttet, fordi de ønskede at (gen)skabe venskabelige relationer, eller fordi de simpelthen ønskede at opleve noget nyt ved at flytte fra land til by eller den anden vej som forsøgspersonen Erland, der sammen med sin kone for ganske nyligt har købt og istandsat et lille hus idyllisk beliggende i et skovbryn. Dette peger på, at hjemmet kan etableres på ny mange gange, og at det at forblive i samme bolig, knyttet til et lokalområde eller en geografisk lokalitet, ikke altid er lige væsentligt for, hvad de ældre forsøgspersoner selv opfattes som gode aldringsprocesser. Samtidig understøtter disse indsigter nogle af de centrale pointer i det første analytiske kapitel, hvor jeg viste, hvordan forsøgspopulationen i høj grad konstitueres som en på mange måder særlig gruppe af ældre, der blandt andet kan karakteriseres ved en kontinuerlig ikke kun social, men også geografisk mobilitet⁸³. Hjemmet bliver for dem ikke nødvendigvis en stabil base, men at 'gøre' hjem kan også handle om at forandre eller tilegne sig noget andet og nyt eller mere af det, de betragter og beskriver sig selv som.

Hvor omdrejningspunktet i megen kulturgerontologisk forskning således er den invasive omdannelse af *hjemmet* i kraft af velfærdsydelse og rehabiliteringsprogrammer fra at være en permanent og stabil base til at blive et ukendt og måske utrygt sted (Twigg 2000; Kofod 2009; Hillcoat-Nallétamby & Ogg 2014; Clotworthy 2018), vil jeg på baggrund af ovenstående indsigter i stedet undersøge forsøgsdeltagernes *hjemliggørelse* af træningsprotokol og proteindrik. Meningen med dette er flytte analytisk fokus fra hjemmet som afgrænset domus og som det eneste rette sted for aldring til hjemliggørelse af rutiner som

⁸³ På trods af, at forsøgspersonerne opfatter sig selv som del af en generation, der samlet set har haft muligheden for mobilitet, viser en nyere rapport om danskernes flyttevane, at sandsynligheden for, at danskerne flytter, efter de 50 år, er ganske lille (Jensen, Plum & Skriver 2018). Ifølge forfatterne til rapporten bor de fleste samme sted eller i samme område, fra de er i 30'erne (ibid.). Dette understreger igen forsøgspopulationens fællestræk og peger måske igen på, hvordan de skiller sig ud som en særlig ældregruppe, der kan være med til at forme nye standarder for aldring, hvilket jeg berører afslutningsvis i konklusionen.

uforudsigelige og relationelle domesticeringspraksisser. Som sådan forsøger jeg at tage analytisk hensyn til de ældres forskellige, igangværende aldringsforsøg på lige fod med de kulturgerontologiske og kliniske aldringsforsøg.

I første del af kapitlet vender jeg således tilbage til Kathrine og Niels og også kort forsøgspersonen Ruth, som alle blev introduceret for første gang i kapitel 3 om forsøgspopulationen. Både Kathrine, Niels og Ruth er udtrukket i den kliniske intervention til at træne hjemme. Fælles ved dem er desuden, at de bliver karakteristiske for forsøgspopulationen i den forstand, at de alle tre har skiftet bolig efter eller sideløbende med deres farvel til arbejdslivet. De inkarnerer interventionsspecifikke fællestræk, blandt andet ved at de forbliver vedvarende mobile også efter pensionsalderen. Jeg tager udgangspunkt i hjemmebesøg og interviews med Kathrine, Niels og Ruth for at undersøge hjemliggørelse af proteindrik og hjemmetræning. I anden del af kapitlet, der baserer sig primært på observationer fra klinikken, men også på interviews med forsøgspersoner, tager jeg udgangspunkt i materiale med en gruppe af ældre, der træner ved siden af hinanden – og senere sammen – på klinikken, for at undersøge hjemliggørelse af proteindrik og tung styrketræning i det fælles rum, der skabes her. Nogle af disse vil være gengangere fra tidligere kapitler, men analysen kredser primært om en specifik begivenhed, en fælles aktivitet i træningsrummet på klinikken igangsat af forsøgspersonerne selv.

Hjemmetræning som hjemliggørelse af en ny livsfase

Forsøgspersonen Kathrine er flyttet fra sin mand og deres fælles lejlighed i byen til en lejlighed i en fredet bygning. Hun har stået på venteliste til lejligheden i flere år. Hendes nye hjem ligger mere landligt, her kommer man hinanden ved som naboer, og den nye boform kræver, at man engagerer sig i sit lokalområde.

Kathrine: Og så var det sådan at for, ja, da jeg fik tilbudt den her lejlighed herude, der var vi måske nået til et punkt i vores liv, hvor der simpelthen var for mange leverpostejmadder og sofahjørne. Og så sagde jeg, hvad vil du med til [...] Nej, det ville han i hvert fald ikke, og så fandt vi ud af, at så splittede vi op på den måde, ik?

- Interview 8. december 2014

Kathrines ægteskab blev *for* hjemligt. Kathrine og hendes mand var i Kathrines egen forståelse, men med min lidt slidte kliché, groet fast til hinanden (og til sofaen, som hun selv siger). I Kathrines egen optik skal parforholdet vedvarende udvikle sig. Det at bo sammen må ikke må føre til stilstand. Ægteskabet spærrede i den forstand for det ”gode akkumulative livsløb” (Holst Kjær 2009:101). Dette illustrerer, ligesom jeg viste

i det forrige kapitel, hvordan idealer for det gode ældreliv også produceres i og bliver en del af intimsfæren: Kathrine oplever en trang til at forny sig, til vedblivende at komme ud af den hjemlige boble, så længe kroppen kan følge med. Parholdet skal leve op til idealer om handling og aktivitet, og parforholdets relationelle logik baserer sig på, at begge parter hver især tager ansvar for ikke at blive kedelig (ibid.:113). Hvor ældres boligskifte således tidligere har været forbundet med en afvikling⁸⁴, bliver boligskifte for Kathrine en fornyelsesproces eller et led i en vedvarende selvudvikling.

Selvom Kathrines mand ikke er flyttet med hende, er de stadig et ægtepar. Boligen Kathrine er flyttet ind i er ikke ældrevenlig i den forstand, at den hører til en plejehjem institution eller eksempelvis har færre trapper. Der er ikke tale om en ægtebolig. Flytningen handler netop ikke om afvikling, men om udvikling. En udvikling, som også skal gøre sig gældende for relationen til hendes mand. Kathrine er ofte hos sin mand i deres fælles lejlighed, ligesom de har et sommerhus sammen. Dog har hun ikke rykket sin mand med i kraft af møbler eller andre ting, der tilhører dem begge. Møblerne det nye sted har hun arvet fra sin far og faster, der begge døde, kort før hun flyttede: *"Så øhm, pludselig der fik jeg hele barndomshjemmet. Det er ikke selvvalgt på den måde, eller det er i hvert fald ikke sådan, jeg havde tænkt, tingene skulle være. Det var bare sådan, de kom dumpende ind."* (Interview 8.december 2014)

Kathrine har således fået nye møbler, nye naboer og venner. Hun har også fået egen have, hvor hun dyrker grøntsager og krydderurter. Noget, der går godt i spænd med hendes mangeårige forsøg på at leve klimabevidst og hendes tidligere arbejde som naturfagslærer. Glæden ved at være i haven eller i naturen er noget, hun gerne vil give videre til sine tre børnebørn. Med flytningen har Kathrine således valgt et nyt liv til, som er hendes eget, hun har forsøgt at bryde fri af de fælles etablerede normer og rutiner, som hende og manden i et langt ægteskab har opbygget. Udover at skabe sit eget hjem handler det også om, *hvem* Kathrine gerne vil være i en ny tilværelse, hvor hun ikke skal tage samme hensyn til sin mand, der ifølge hende er mere introvert og kommer mindre ud blandt andre.

Kathrine rykkede ind det nye sted, kort før hun gik på pension. Næsten samtidig meldte hun sig til CALM-projektet. Både hendes boligskifte og den kliniske intervention skulle være med til at fylde og forme hendes pensionisttilværelse. Det er tydeligt, som jeg har diskuteret tidligere i forhold til forsøgspopulationen, og som jeg igen vender tilbage til i slutningen af nærværende kapitel, at Kathrine *går til* klinisk intervention. CALM-projektet spiller en rolle i hendes selvvalgte transformation og fortsatte selvinterventioner.

⁸⁴ På linje med den, Kofod beskriver i sit studie af ældre, der skal flytte på plejehjem (2009) – se forskningsdiskussion i kapitel 2

Hjemmetræningen er derfor blot én af flere nye rutiner, hun skal til at etablere, men den er vigtig for hende.

Kathrine: Jeg skal jo lave den lette træning, det var også det, jeg ville. Jeg tror nok, at inden ville jeg helst i den gruppe med hård træning. Jeg gik på pension 1.april, og indtil da havde jeg ikke bevæget mig særligt meget vel. Altså da jeg gik på arbejde, der cyklede jeg trods alt en del, men jeg tænkte, at nu ville det så gå helt galt.

- Interview 8. december 2014

Således skal hjemmetræningen gøre Kathrine i stand til at skabe og mestre en ny tilværelse. Det er en pensionisttilværelse, hvor hun ikke længere bevæger sig til og fra arbejde, og hvor hun vil stå på egne ben både bogstaveligt og i overført betydning.

Kathrine: Det bedste er at være sammen med dem, man holder af, afvekslende med at være sig selv. Vi [Kathrine og hendes mand] var nået til et punkt, hvor vi gik og knirkede på hinanden. Nu kan jeg selv disponere over mit liv, selvom jeg har haft et fantastisk arbejdsliv. Det er da stadigvæk sådan, at hvis jeg skal lave et eller andet, så ringer jeg lige. I gamle dage kunne jeg ringe til min mor, nu ringer jeg til min mand.

- Interview 6. april 2016

Da børnene var små, kunne Kathrine kun lave én ret. Nu da hun er flyttet fra sin mand, er hun nødt til selv at stå for alt det huslige. Kathrine skal klassificere, hvad der hører til et hjem. Både domesticering og hjemliggørelse er i kulturforskning blevet knyttet til begrebet orden som et særligt klassifikationssystem for mening (Kofod 2009:171). Hvilke gæster og hvilken indretning der er den rigtige i forhold til skabe det rigtige hjem, er ikke nødvendigvis den samme for henholdsvis Kathrine og hendes mand. Kathrine skal selv skabe orden og mening og har nu alene 'definitions magten' (Holst Kjær 2009:112). Det bliver både en udfordring og en lettelse, men under alle omstændigheder noget, hun har valgt til som en del af en fortløbende selvudviklingsproces.

Kathrine og hendes mand har dog alligevel en del fælles rutiner. Han hjælper hende blandt andet med madlavningen over telefonen. Kathrine siger vi, når vi taler om hendes daglige rutiner. *"Vi tæller ikke kalorier"* (interview 6.april 2016), pointerer hun, da jeg spørger til en bog om kolesterolsænkende kost. Hun har købt den til sin mand, da han har for højt kolesteroltal. Selv spiser hun, hvad hun har lyst til, men hun har dog i egen optik brug for træningen. I Kathrines tilfælde bliver det at skulle træne et spørgsmål om at lære noget

nyt og mestre nye kropslige kompetencer for at kunne hjemliggøre et nyt hjem og en ny tilværelse. Kathrine forestiller sig, at hjemmetræningen er den mindst invasive form for træning og oplever også til at starte med, at øvelserne er lette at gennemføre. Træningen forudsætter således ikke en fast base eller en uforanderlig materialitet, men skal snarere være medskabende for opbygning og udviklingen af en *ny* base. I den forstand spiller træningen en anden rolle for Kathrine end proteindrikken, hvilket jeg uddyber i det følgende afsnit. Proteindrikken hører ikke med til Kathrines opfattelse af et godt ældreliv, hvilket står i kontrast til interventionsprotokollens logikker, hvor den aktive ældre krop netop kan opretholdes i kombinationen af daglig indtag af valleprotein og fysisk aktivitet.

Strategier for udeladelse

Forsøgspersoner, der er udtrukket til den lette træning i eget hjem, skal gennemføre et nøje tilrettelagt træningspas tre til fem gange ugentligt. De laver forskellige øvelser, primært for ben og lår, da det er her, der måles på muskelstyrke. Armene og ryggen trænes dog også for at opnå kropslig ligevægt, som en fysioterapeut udtrykker det. Øvelserne justeres individuelt og løbende, så intensiteten bliver passende. Det skal ikke være for hårdt, så øvelserne ikke kan gennemføres, men samtidig skal øvelserne ved hvert møde mellem træner og forsøgsperson gøres en smule mere udfordrende, så forsøgspersonerne kan mærke en form for progression på egen krop. I den første måneds tid instrueres der ugentligt i øvelserne, som jeg også skitserede i et tidligere kapitel. Undervisningen finder sted på Sportsmedicinsk klinik. Derefter foregår undervisningen én gang månedligt ved et hjemmebesøg. Det er som oftest en fysioterapeut, der står for undervisningen⁸⁵, men senere i forløbet er det primært idrætsstuderende. Der udleveres desuden illustrationer og skriftlige instruktioner i øvelserne og et registreringsskema. Forsøgspersonerne skal krydse af, om de har trænet eller ej. Forsøgspersonerne har et andet skema, hvor de krydser af, hvorvidt de har drukket deres proteindrik, der har smag af henholdsvis kakao og ubestemmelig frugt. Tilskuddet skal tages to gange dagligt på tidspunkter, der giver kroppen mulighed for at anvende energien fra valleprotein. Helst så tidligt på dagen som muligt, og altid inden træning. Valleproteinet spiller således en afgørende rolle i forhold til omskabelse af både de ældres rutiner og kroppe. I interventionsprotokollen er kost og træning tæt forbundet, da det er netop samspillet mellem valleprotein og muskelopbyggende træning, der ifølge CALMs hypoteser forventes at modvirke aldersrelateret tab af muskelmasse (CALM-ansøgning 2013).

For Kathrine har mad og træning aldrig været forbundet. I Kathrines barndomshjem var hendes mor opmærksom på børnenes kost: *"Jeg er vokset op i et hjem, hvor man fik salat og råkost til maden. Det var ikke*

⁸⁵ Jeg har deltaget flere gange i disse besøg, hvilket jeg også beskriver i afhandlingens metodologiske overvejelser, kapitel 2.

særligt almindeligt dengang. Og hver morgen fik vi et glas juice.” (interview 8.december 2014). Imidlertid er det ikke noget, Kathrine har videreført i sin egen opdragelse, her handlede det om variation. Hun interesserer sig for at spise sundt, siger hun selv, og for Kathrine er sundhed forbundet med naturlighed forstået som ikke-forarbejdede råvarer, altid økologiske, der i hendes forståelse er fødevarer uberørt af videnskab og kapitalistiske interesser.

Kathrine: Jeg går op i, at mad skal være naturligt. Det skal ikke være fuld af tilsætning for at holde længere. Det er kun for industriens skyld. Jeg går op i det med økologi, sådan har det altid været, ingen færdigforarbejdede varer. Der er selvfølgelig altid en form for forarbejdning, men ingen helfabrikata, men præfabrikata ja, men ingen færdigretter. Jeg føler mig også privilegeret at tilhøre dem, der har ressourcerne til at vælge sådan. Det burde være for alle.

- Interview 8. december 2014

Proteindrikken er ikke forbundet med øget sundhed. Tværtimod frygter Kathrine, ligesom Tove, som var en case i det forrige kapitel, at kosttilskuddet vil have en direkte kompromitterende effekt på hendes helbred. Både Tove og Kathrine har fået udleveret proteinpulverets indholdsfortegnelse og ved, at proteintilskuddet indeholder fruktose. Fruktose er et kemisk fremstillet sødemiddel, der feder, mener de begge. Kathrine er i tvivl om, hvorvidt hun skal fortsætte med proteindrikken, fordi hun *“(...) virkelig nødt vil hjælpe industrien med at lave nye produkter, der ikke engang er gode for kroppen”*.⁸⁶ Mellemggaard argumenterer for, at samtidens naturidealer er knyttet til en tabsfornemmelse og en stræben efter det uberørte, og derfor finder plads uden for den etablerede lægevidenskab (2001:321). Tilsvarende forsøger Kathrine helt at undgå proteintilskuddet med frugtsmag, hun stoler ikke på forskerne og deres validering af proteintilskuddet. Det vedbliver at være noget kunstigt på linje med helfabrikeret mad. Hun drikker dog proteindrikken med kaosmag dagligt. For hende er proteindrikken ikke væsentlig for mestringen af den nye tilværelse, den gør ingen positiv forskel i forhold til opretholdelse af kroppens funktioner, tværtimod. At være forsøgsperson er dog med til at plante en abstrakt idé om vigtighed af et øget proteinindtag hos Kathrine, som dog kun giver mening, fordi andre i hendes omgangskreds taler for det samme.

Kathrine: Altså hende der lige var oppe forbi, underboen ikke, hun spiser altid et spejlæg om morgenen og noget serranoskinke fra Netto og et stykke frugt, fordi man skal have protein om morgenen. Så tænker man jo nå okay... Men

⁸⁶ Flere forsøgspersoner stopper med at tage tilskuddet, fordi det giver forstoppelse og derfor forhindrer dem i at bevare deres normale rutiner. Både i forhold til måltider, som vi har set i Toves tilfælde, men også i forhold til andre (sociale) aktiviteter, herunder paradoksalt nok motion. Det er blandt andet tilfældet for Barbara, som ikke er i træningsgruppe, men som stopper med at gå ture, fordi hun har mavesmerter. Derefter indgår hun aftale med forskerne om, at hun ikke længere skal drikke proteinshake.

jeg tror nok, at jeg virkelig skulle høre, at det betød noget med det der protein om morgenen. Men de snakker netop om, at det skulle være om morgenen, fordi alle folk spiser kød om aftenen, men så bruger man det ikke i løbet af dagen. Så vidste man det, så ville jeg nok overveje, at hvis man skulle det, så ville jeg gøre det. Og nu har jeg tid til æg og røræg. Det havde jeg ikke før. For jeg ville aldrig tage sådan et kosttilskud der, puha, det er bare ikke sjovt.

- Interview 8. december 2014

Det er således anbefalingerne om et øget proteinindtag, som Kathrine domesticerer, mens proteindrikken aldrig bliver en del af hendes rutiner. Proteindrikken vedbliver at være en materiel påmindelse om et øget proteinindtag, et tilskud til træningen og en overvindelse. Selvom proteindrikken således i interventionsprotokollen fremstår som en etableret del af træningsregimet, så bliver proteindrikken ikke en nødvendighed for Kathrine. Det spiller ingen afgørende rolle for gennemførelsen af øvelserne og er end ikke et supplement til træningen. Proteindrikken er lettere at udelade end træningen. Interventionsprotokollen og interventionsforskerne formår således ikke at få kost og træning til at hænge sammen for Kathrine, fordi proteindrikken ikke er forbundet til mestringen og hjemliggørelsen af den nye tilværelse og det nye hjem. Træningen derimod kan umiddelbart understøtte Kathrines nye tilværelse og hendes sociale, udadvendte jeg, både fordi hun bliver fysisk stærkere, og fordi socialitet og fysisk aktivitet også før i tiden har været forbundet for Kathrine.

Hjemliggørelse som social forpligtelse

Kathrine: Tidligere, det var faktisk min yngste, der begyndte vi at gå til sådan noget familiesvømning med en anden mor og datter. Og så efterhånden blev de jo store, de der piger, den ene kom på efterskole og den anden rejste til USA. Så kiggede vi på hinanden, mig og Maries mor, og sagde, kan vi ikke godt fortsætte med at svømme, selvom det var for børnenes skyld? Og det gjorde vi så indtil for en fem-seks år siden. Så flyttede de til [jysk by], så var det slut med at svømme, for jeg svømmede med *hende*. Det blev bare ikke rigtigt mere, og der gik det virkelig op for mig, at jeg er sådan en, der skal være forpligtet på sådan noget, ikke? Helt ærligt, jeg synes ikke det er sjovt, vel.

- Interview 8. december 2014

For Kathrine har sociale relationer, livet igennem, været afgørende for hendes forhold til motion. Det er ikke træningen i sig selv, men netop relationerne, som træningen omgives af og fastholdes i, der bliver meningsgivne. Den sociale forpligtelse er afgørende for, hvordan og hvor meget Kathrine træner. At det sociale har betydning for, hvor vedholdende ældre (og andre) er i forhold til fysisk aktivitet, er ikke i sig selv en ny pointe (se til eksempel Tulle 2008; Lassen 2014b; Phoenix & Griffler 2015). Imidlertid understøtter det afhandlingens pointer om, hvordan det at vedligeholde den 'aldrende' krop gennem blandt andet deltagelse i den kliniske intervention også er bundet op på en kollektiv og social forpligtelse i forhold til eksempelvis familien, nære pårørende og samfundet mere generelt.

Svømningen var til at begynde med drevet af forældreansvar i forhold til datteren. Det har i mindre grad været selve svømningen, Kathrine nød. Alligevel var hun tilfreds, når hun havde gjort det. Fra at være et ansvar for datteren blev det et spørgsmål om at vedligeholde noget, hun anså som værende en "god vane", uden at hun dog følte, at hun havde brug for det.

Kathrine: Jeg har altid været så heldig, at jeg ikke tog af og ikke tog på. Ikke blev rød om sommeren, bare lidt brun, ik... Jeg har altid været ok med min krop – ik? Når jeg er begyndt til noget, var det ikke, fordi jeg skulle. Det var, fordi det var rigtig hyggeligt at gå til yoga med Berit, og det var rigtig hyggeligt at svømme med Gitte og Marie⁸⁷.

- Interview 8. december 2014

Kathrine så ikke sin svømmeveninde privat, og de har ikke talt sammen, siden veninden flyttede. Kathrine havde det dog godt med hende, de delte historier fra deres personlige liv. Kathrine nød at være i svømmevenindens selskab, men hun brugte hende også til at skabe og vedligeholde en vane. Tilsvarende er etablering af hjemmetræningen et spørgsmål om, at hun tjekker af med forskerne. Fysioterapeuten eller den idrætsstuderende, som gennemgår øvelserne med Kathrine, og de illustrationer, instruktioner og skemaer, de uddeler, er i første omgang Kathrines nye *svømmeveninde*.

Kathrine: Og heldigvis endte det op med, at jeg skulle dyrke moderat motion. Og jeg er altså sådan en type, jeg føler mig forpligtet alligevel, selvom jeg sidder derhjemme og laver de der øvelser. Jeg skal jo også registrere alting i et skema (...). - Interview 8. december 2014

For Kathrine bliver registreringsskemaet af afgørende betydning for, hvordan hun gennemfører træningen. Skemaet konkretiserer det 'rigtige valg', at hun har udført sin træning og indtaget protein. Hver gang

⁸⁷ Navne er pseudonymer

Kathrine har krydset af i skemaet, understreger hun over for sig selv, at hun overholder sin del af aftalen med forskerne. Registrering af træning er en dobbelthed af tilfredsstillelse over at have gennemført og en pointering af den sociale forpligtelse⁸⁸. Kathrine vil gerne "holdes til ilden", som hun formulerer det.

Hvor de mange skemaer, som jeg tidligere har været inde på, bliver en udfordring i forskernes daglige arbejde, bliver registreringsskemaerne samtidig væsentlige for, at Kathrine i interventionsperioden gennemfører sin træning. Skemaer, men også skridttælleren, som forsøgsparticipanterne skal have på to gange i en periode på fire dage, og kostregistreringerne, som jeg omtalte i det forrige kapitel, udgør materielle forbindelser mellem forskerne og trænere i interventionen og Kathrine. Som sådan bliver de mere end blot en rumlig udstrækning af de kliniske aldringsforsøg. Jeg forstår skemaerne som implicerede i træningen, de fungerer som sociale teknologier, der, indlejrer et "moralsk rationale i praksis" (jf. Whyte, Jöhncke & Svendsen 2004:385), og derved medvirker til at gøre bestemte handlinger mere sandsynlige end andre. Dette ræsonnerer med Foucaults ideer om selvteknologier, der, som jeg var inde på i kapitel tre, bliver en særlig form for sociale teknologier, som beforder borgere eller i dette tilfælde forsøgspersonernes etiske arbejde. I min selektive læsning af Foucault handler det således ikke om, at noget eller nogen har magten og kan kontrollere forsøgsparticipanterne; i kraft af de sociale teknologier bliver forsøgspersonerne selv aktive i hjemliggørelse af træning og protein på måder, der er genkendelige for forsøgspersonerne som selvteknologisk domesticeret forsøgspopulation. I den forstand kan hjemliggørelse og domesticering af interventionsspecifikke rutiner også relateres til Foucaults ideer om magt som værende "action-upon-action." (Foucault 2001:341). Forsøgspersonerne bliver gjort til aktive ansvarlige for deres inkorporering af træningsprotokol og proteindrik i igangværende hverdagsliv i kraft af teknologier, som forsøgspersonerne er stødt på mange gange før i deres møder med forebyggelses- og folkesundhedsinitiativer. De sociale teknologier bliver således ikke blot de kliniske aldringsforsøgs passive tilføjelser til et stabilt hverdagsliv, men tager netop del i hjemliggørelsen af nye rutiner og muliggør i den forstand vedvarende selvinterventioner og formning af kroppen.

Selvom der således etableres en form for social forpligtelse, har Kathrine særlige strategier til at få lov at gennemføre træning på sin egen måde. Kathrine fortæller, at hun udfører træningsprogrammet de tre til fem gange om ugen, som hun skal, men hun har "(...) ikke spurgt så meget om, hvordan man lige skal lægge det" (interview 8. december 2014). Indimellem har hun delt programmet op, taget et kvarter om morgenen og så et kvarter senere på dagen. Kathrine føler sig dog kun forpligtet i det omfang, at træningen meningsfuldt kan passes ind med andre aftaler. Selvom det registreres, at hun har trænet, og compliance ifølge

⁸⁸ Ud over registreringsskemaet får de deltagende også en række spørgeskemaer, som de forventes at udfylde én gang ugentligt. De skal svare på, hvor godt de kan lide proteinpulveret, som kommer i to forskellige smagsvarianter. Dette berører jeg ligeledes i kapitel 2.

interventionens forskere viser sig at være bedst i hjemmetræningsgruppen (Bechshøft 2017), betyder det ikke, at hun har gjort det på den måde, som forskerne forlanger.

I et opfølgende interview fremhæver Kathrine, at hun, modsat hvad hun havde troet, vil overveje at forsætte med et par af træningsøvelser, simpelthen fordi de gør hende "godt". Lidt på linje med den yoga-øvelse, som hun laver på badeværelset hver morgen. Yogaøvelsen har længe været en fast del af hendes morgenrutine, som at børste tænder. Efter interventionsperioden er slut, overvejer Kathrine dog endnu, om hun skal udføre øvelserne på samme tidspunkt hver dag.

Kathrine: Altså det er jo faktisk kedeligt – ikke? Det er ligesom i svømmehallen, så ligger man der bane efter bane. Men måske hvis jeg kan avle nogle rutiner, så kunne det være... Det bryder bare så meget ind i mit liv. Jeg vil jo gerne stille op, når der er brug for det også, med børnebørnene for eksempel.

- Interview 6.april 2016

Hun vælger dog at lade være at udføre øvelserne efter et fast skema, da hun føler, at det fastlåser hende. Hun vil have tid til spontant at hente børnebørnene eller til at tage en ekstra vagt i Tivoli, hvor hun stadig er ansat, selvom hun er gået på pension fra sit primære job. Den form for social forpligtelse, som interventionen iværksætter, kommer således ikke til at virke som en svømmeeveninde. Kathrine indgår i andre væsentligere relationer, mens socialiteten omkring træningen aldrig for alvor indfinder sig. På trods af at hun således i både egen og de kliniske forskeres forståelse *bør* træne for at kunne mestre en ny pensionisttilværelse og en udsættelse af den fjerde alder, bliver træningen aldrig fast rutine. Hjemmet som sted og forpligtelserne i hjemmet spiller en mindre rolle i dette, mens social forpligtelse og de allerede etablerede sociale relationer, Kathrine indgår i, har stor betydning for, hvorvidt og hvordan træningen hjemliggøres. Dette gør sig ligeledes gældende for en anden forsøgsperson Niels, for hvem den mulige hjemliggørelse af interventionsprotokollen dog samtidig udfordres af hjemmets materielle opbygning.

Hjemliggørelse af træning i og uden for hjemmet

Niels har fået ny bolig flere gange på grund af forskellige livsomstændigheder, først da hans kone blev alvorligt syg og døde, og senere da hans nye kæreste flyttede ind i hans lejlighed, og hun solgte sin egen. Det gik ikke at bo sammen. Kæresten er ifølge Niels for interesseret i ting. Niels overlod hende derfor sin lejlighed og flyttede i den étværelses, der egentlig er placeret i et boligbyggeri for alkoholdemente. På den måde kunne han bevare tilknytningen til sit kvarter. I hans lille lejlighed, er der ifølge ham selv kun det aller mest nødvendige: seng, spisebord, køkkenet og hans bøger (Interview 29. juli 2014)

Niels betragter CALM-interventionen som en form for borgerligt ombud, siger han, mens han gør kaffe og wienerbrød klar i stuen til fysioterapeuten og mig. På bordet flyder det med papirer, selvforfattede digte og skønlitterære værker.

Fysioterapeut: Niels, hvordan det går med det hele?

Niels: De pokkers elastikker knækker, det er jo tosset, når I nu gerne vil have os til at gøre det her. Og så faldt dørhåndtaget i stuen sørme også af. Det er sket op til flere gange. Men jeg klør på, det gør jeg.

Fysioterapeut: Ja, det kan jeg godt se. Jeg godt kan give dig ekstra elastikker, men jeg har desværre kun én ekstra med.

Niels: Jo, men jeg har også haft problemer med spisebordsstole, der væltede ved de der benspark. Det går ikke i den her stue, så nu har jeg flyttet mig ud i gangen.

*- Sammenskrevne feltnoter fra
hjemmebesøg december 2014*

Benspark er en øvelse, hvor en elastik fæstnes rundt om det forreste stoleben, mens den samtidig sættes rundt om hælen. Forsøgspersonerne skal stå og sparke eller hive elastikken bagud. Problemer med at få øvelserne til at passe til stuens indretning og møblernes placering i stuen har imidlertid ført til, at Niels udfører flere øvelser i lejlighedens korte, smalle gang. Da håndtagene ryger af stuedørene, er han blandt andet nødsaget til at bruge toiledøren i gangen til en øvelse, hvor han skal fæstne en elastik til et fast punkt og lave armstræk. Således er hjemliggørelse her et spørgsmål om at passe træningen ind i en allerede etableret materiel orden. For at blive meningsfuld rutine skal træningen derfor omformes til at passe hjemmets opbygning. Træningen skal kunne integreres meningsfuldt med de materielle genstande og Niels' daglige rytmer og rutiner i hjemmet.



Her er Niels ved at udføre en øvelse med elastik i lejlighedens gang

Niels har et dogme om, at han ikke vil flytte rundt på møblerne, det er ikke hjemmet eller ham, der skal tilpasses træningen, understreger han flere gange. Permanensen af specifikke objekter i hjemmet kan give en form for sikkerhed, der ikke findes i det offentlige rum (Clotworthy 2017:145 & 148). Hos Niels skal tingene være, som de plejer: *"Det er ikke mig, der skal indrette mig efter projektet, det er projektet, der skal indrette sig efter mig"* (interview 29. juli 2014). Hjemmet som sikker base er allerede blevet udfordret af konens død, af kæresten der flyttede ind i det tidligere hjem, og senere af Niels egen flytning. Elastikken, der burde være et hjælpemiddel, antager således form af en ubuden gæst. Træningen forstyrrer den hjemlige orden, og Niels mister autoritet over det hjemlige rum. Hjemmetræningen destabiliserer det hjem, som Niels endelig igen har opbygget, den forstyrrer kontinuiteten i Niels' rutiner og truer med at domesticere ham. Hjemmet og rutinerne her er hans helle. Niels har sjældent besøg, der er ikke plads. Det er normalt kun børnebørnene, der kommer hos ham, men han mødes helst med dem uden for hjemmet. Han har mange venner og bekendtskaber, som han træffer på cafeer i København og får "en cortado og en Fernet Branca", men i hjemmet er han helst alene.

Når Niels ydermere er nødsaget til at henlægge træningen til gangen, kan det tolkes sådan, at træningen aldrig rigtig bliver en del af hverdagens rytme. Gangen eller entreen er ifølge flere klassiske studier af hjem det mindst hjemlige rum (Goffmann 1971; Gullestad 1992; Miller 2001). Gangen kan anskues som netop en overgang mellem det offentlige og private, det er her, man tager imod gæster. Stuen derimod er "scenen", der, hvor man viser sig frem, viser hvem man er (Goffman 1971). Tilsvarende er Niels' store rum, som både er stue og soveværelse, spartansk indrettet, der er de mange bøger, en PH-lampe og få malerier. Niels lægger efter eget udsagn vægt på kunsten og litteraturen og den gode samtale. Dette afspejles i hans indretning, han vil tydeligvis gerne ses som et menneske, der lever for intellektuelle stimuli og immaterielle værdier. Desuden er de få ting, han derudover ejer, alle fra hans tidligere ægteskab. Tingene er nøje udvalgt, ikke fordi de er penge værd, men fordi de har affektionsværdi. De få genstande er hans holdepunkter i tilværelsen, og bliver et udtryk for, hvordan han opfatter sig selv. Det at genstandene har fulgt Niels et helt liv, kan således gøre det vanskeligt at igangsætte omstruktureringer.

I Niels' tilfælde hænger den mulige hjemliggørelse af træning således også sammen med et ønske om at bevare hjemmet som opposition til det udenfor, det gælder både hans sociale liv og den kliniske intervention, der forekommer påtrængende og ødelægger følelsen af kontinuitet og normalitet. Hjemmetræning bliver dog meningsfuld for Niels i det omfang, at han kan "afdramatisere" træningen, som han formulerer det. Det at afdramatisere træningen indebærer flere ting. For det første at han ikke presser sin krop til smerter eller ømhed. Han har allerede problemer med en knæskade og har også lidt af svimmelhed, så træningen skal ikke fremprovokere yderligere problemer. For det andet skal træningen ikke komme i vejen for

hans sociale liv. Det siger han dog ikke til fysioterapeuten, men kun til mig i en fortrolig tone, da fysioterapeuten er på toilettet.

Niels: Når jeg er i sommerhus med min dame, så får jeg ikke altid lavet øvelserne. Nogle måske – men ikke grundigt. Her forleden skulle jeg besøge min ven, han er desværre indlagt, det er hjertet igen. Den dag lavede jeg heller ikke noget.

*- Hjemmebesøg med fysioterapeut
december 2014*

Niels organiserer således ikke sin hverdag i forhold til træningen, han udfører øvelserne på forskellige tidspunkter dag for dag, eller udelader helt træningen, når det ikke passer med sociale forpligtelser, ligesom det er tilfældet for Kathrine, som jeg viste ovenfor. De øvelser, som Niels fortsætter med, da forsøget lakker mod enden, er blandt andet armstræk og rejse-sætte-sig øvelsen, der hverken kræver elastik eller flytning af møbler. Det er øvelser, som han gennemfører, når han er alene, når de kan passes ind mellem sociale aftaler. Når Niels derimod går ture hele vejen op i Rundetårn, inviterer han gerne andre med. Ikke ved hver eneste lejlighed, men det er som regel ingen hindring for turene, at han får selskab. Kun når han kan holde sin træning ude af hjemmet, og når træningen kan passes med det øvrige liv, bliver den meningsfuld. På samme måde hører proteindrikken til i de pauser, han allerede har etableret. Niels drikker sin proteindrik to gange dagligt i stedet for den kaffe, han plejer at få. Det volder ham til at begynde med ingen vanskeligheder. Senere får han forstoppelse. Han fortsætter dog troligt med drikken, indtil han får lov at springe proteindrikken over i en periode, da maveproblemer bliver for vanskelige at udholde. Ligesom for Kathrine er protein og træning således to adskilte ting.

Niels: Jeg kunne sådan set leve med proteinpulveret. Det kunne jeg. Men hvorfor skulle jeg? Jeg glæder mig sådan set bare til at kunne gå på toilettet almindeligt igen. Træningen har jeg mærket forbedringer af, det er helt sikkert, men det er frygtelig besværligt. Jeg vil hellere gå en tur i Rundetårn, som jeg fortalte dig, at jeg gjorde. Det har gjort en forskel for mig. Og mit knæ.

- Interview 29. maj 2015

Proteindrikken bliver hurtigt integreret i den daglige rytme, men Niels kan ikke finde mening med at drikke den, den er tydeligvis ikke en del af det borgerlige ombud, han har påtaget sig med at være forsøgsperson. Han har vanskeligt ved at se, at den gør en positiv forskel. Elastikken truer med at domesticere Niels og hans hjem, mens proteindrikken rent faktisk domesticerer hans krop og fordøjelse, hvilket gør det

vanskeligt for Niels at holde hverdagen ud. Proteindrikken kan derfor let udelades. På klinikken spiller proteindrikken derimod en afgørende rolle for hjemliggørelse af træning, hvilket jeg vender tilbage til i kapitlets anden del.

For både Niels og Kathrine glider træningen i baggrund, fordi gennemførelse af træningsprotokollen ikke kan integreres med deres sociale liv, mens det for Niels udgør yderligere et problem, at træningen udfordrer hjemmets stabilitet og materielle opbygning. For Niels kommer interventionens træningsprotokol aldrig til at handle om at mestre en tilværelse, nærmest tværtimod. Selvom Kathrine forestiller sig, at træningen kan understøtte hendes nye tilværelse efter pensionen, bliver det ikke tilfældet. Når hjemliggørelse af interventionsprotokollen således ikke finder sted, bliver det i høj grad, fordi socialiteten omkring træning og protein ikke indfinder sig. Ruth, en forsøgsperson som jeg har introduceret både i kapitel 3 og 5, bliver endnu et eksempel på dette. I modsætning til både Kathrine og Niels systematiserer Ruth efter kort tid hjemmetræningen. I overbevisning om at kæresten Alfred vil lide ved synet af hende, der træner, udfører hun altid øvelserne i det tidsrum, hvor han sover.

Ruth: Altså det blev en rutine med det samme. Fordi det skulle jeg. Alfred sover middagssøvn hver dag. Når han sover, laver jeg de der op og ned øvelser. Det ser så fjollet ud. Det må være forfærdeligt at sidde og glo på. Og det der med gummibåndene også. Så det lå også nogenlunde fast. Selv når vi var på ferie, gjorde jeg det. Jeg var helt tilfreds med det. Jeg har aldrig været på et fitnesscenter. Vi har for meget om ørerne privat, til det ligesom kunne passes ind.

- Interview 7. januar 2016

Træningen kan således gennemføres, når der er pauser i Ruth og Alfreds fælles hverdagsliv. Træningen passes ind med Alfreds rutine eller hjemmetræningen gennemføres de dage, hvor Ruth er alene i sin egen lejlighed, hvor Alfred ikke bor. Som jeg argumenterede for i kapitlet om det aldrende selv, destabiliserer fysisk aktivitet Ruths selv billede. For Ruth er der et forfængelighedsaspekt. Alfred må ikke se hende være ved siden af sig selv. Træningen skal foregå i det skjulte, fordi den ser fjollet ud, og den kan derfor ikke hjemliggøres. Det umiddelbart komiske eller sjove, det fælles grin som Ruth og Alfred kunne få, er netop noget, der aldrig indfinder sig. For Ruth handler det snarere om at undgå, at hjemmetræningen kommer til at angå andre end hende selv. I et opfølgende interview fortæller hun således, at hun primært fortsætter træningen ved at lave armstræk, når vandet koger. Hun arbejder også på at nå sit "fitmål", som hun kalder det, ved at løbe op til femte sal, hvor sønnen bor (interview med Ruth januar 2016). Ligesom Niels har Ruth vanskeligt ved at videreføre de øvelser, der kræver hjælpemidler, mens de andre øvelser hjemliggøres i det omfang,

at de kan gennemføres uafhængigt af andre. Ruth mærker en forskel, hun mærker fysiske forbedringer, og det motiverer hende til at gøre mere. Det samme gør Niels og Kathrine. Men træningen hjemliggøres ikke. Netop fordi der er tale om hjemmetræning, som ikke involverer socialitet, og som ovenikøbet sjældent passer med hjemmets materialitet eller med husholdets rutiner, bliver træningen sårbar i forhold til hjemliggørelse. I det følgende undersøger jeg hjemliggørelse i relation til den tunge træning på klinikken – en protokol som i interventionsforskernes optik burde være vanskeligere for forsøgspersonerne at leve op til.

Styrketræning og domesticering af aldrende kroppe

Træningsrummet på Sportsmedicinsk klinik er indrettet som et fitnesscenter med maskiner og motionscykler. Selvom markant flere ældre tilsyneladende finder vej ind i landets fitnesscentre, og har gjort det en del år (Information 4.10.2013), har ingen af mine informanter imidlertid dyrket fitness regelmæssigt. Flere har tidligere forsøgt sig med fitness, men ingen har holdt ved. Som Finn, og en anden forsøgsperson Birte (70), udtrykker det:

Finn: En gang havde jeg tilmeldt mig Fitness World, eller det der, men det er ikke mig. Det var sgu for seriøst, ikke. Det var sådan nogle store brød, du ved

- Interview 10. marts 2015

Birte: Men jeg er ikke den der, der render nede i fitnesscenteret. Det gider jeg ikke bruge min tid på. Det skal være både noget fysisk, at man føler sig mere sikker, men også noget psykosocialt, at man er glad og synes, at det er spændende, det man har med at gøre.

- Interview 11. december 2014

Som Birte mener de fleste forsøgspersoner, som jeg har interviewet, at træningen skal være "spændende" forstået på den måde, at den skal føre nye oplevelser, nye indsigter og måske nye bekendtskaber med sig. Træningen må gerne handle om at forbedre kroppen, at bevare den, men det kan ikke stå alene. Samtidig er fitness forbundet med monotoni. Træning skal i stedet være afvekslende. Den tunge træning på klinikken foregår imidlertid ligeledes efter et helt fast skema. Allerede få gange efter at øvelserne præsenteres af trænerne, er der etableret en helt klar social og materiel orden, som gør det vanskeligere at afvige fra trænerens program.

Forsøgspersonerne går ned af trappen i fysioterapien med deres sportstasker eller stofnet og klæder om på toilettet, hvorefter de varmer op på

motionscykler. Nogen ankommer omklædte. De hilser stille, hver gang en ny kommer ind i lokalet. Når de er færdige med at cykle, går de ind i et andet rum og hilser på trænerne. I dag er det to nye idræts- eller fysioterapistuderende. De studerende sætter forsøgspersonerne i gang på maskinerne og hjælper dem med at justere vægten. Under træningen noterer de studerende i et skema, om forsøgspersonerne har udført øvelserne, og hvor meget vægt de har løftet. Indimellem hjælper de med at indstille maskinerne korrekt, og de spørger, hvordan øvelserne føles. Trænerne sørger også for de vigtige pauser. Forsøgspersonerne drikker deres proteintilskud med smag, der er blandet op med vand i en shaker. Alting foregår i et roligt tempo med indbyggede treminutters pauser mellem hver øvelse. Der er lavmælt snakken trænerne og forsøgspersoner imellem.

- Feltnoter fra besøg i træningsrummet, Sportsmedicinsk klinik
august 2015

Ikke alene er øvelserne fastlagt på grund af interventionsprotokollen, forsøgspersonerne møder til tiden, og de udfører øvelserne i samme rækkefølge hver eneste gang. Styrketræningen kan i den forstand anskues som *preformet* (Sjørsløv 2008:17) eller *scripted* (Akrich 1992), hvilket ikke kun vil sige, at styrketræningen foregår efter en klar opskrift, men også, at styrketræningen indeholder direktiver, der udpeger på forhånd givne specifikke opgaver, ansvars- og kompetenceområder til maskiner såvel som mennesker i styrketræningsfaciliteterne på klinikken. Træningsprotokollen og maskiner sammen med de involverede aktører udpeger et rum, inden for hvilket både forsøgspersoner og trænerne forventes at handle på bestemte måder, ligesom der i træningsprotokollen er indbygget en særlig viden om og dermed forventninger til de aldrende kroppe begrænsninger og potentiale.

Træningsrummet befordre et bestemt bevægelsesmønster og en bestemt måde at organisere sig på, som trænerne, der alle har dyrket sport, kender fra deres eget liv som idrætsstuderende og idrætsudøvere. Den tunge styrketræning bliver således på flere måder forskellig fra hjemmetræningen, som i hvert fald hos Kathrine og Niels ikke gennemføres i samme rækkefølge hver dag. Trænerne udfylder skemaerne, når forsøgspersonerne har gennemført, og når først forsøgspersonerne er til stede i træningsrummet, adlyder de til enhver tid trænerne. Det bliver tydeligt, hvem der er autoriteten. Trænerne, som den første tid er en mandlig fysioterapeut og senere idrætsstuderende af begge køn, inkorporerer i deres materielle fremtoning – træningstøj, stopur, mapper med forsøgspersonernes papirer – en form for magtcentrum. Det er

ikke uden betydning, hvad de har på, hvordan de *gør* deres kroppe. Med deres kroppe inkarnerer de ikke kun en særlig person eller autoritet, men praktiserer interventionen på en helt anden måde end forskerne i laboratoriet, hvor kitlen er væsentlig, men hvor den individuelle kropslige fremtoning træder i baggrunden. Trænerens ungdommelighed og muskuløse kroppe bliver et (ekstremt) eksempel på, hvad interventionen gerne vil opnå. Deres atletkroppe har hjemme i et fitnesscenter, ligesom de har hjemme i det fysiologiske testlaboratorium, hvilket jeg argumenterede for i afhandlingens første del. Selvom forskere og trænere således forsøger at slette enhver form for subjektivitet i registreringer af træningen og i den senere analysefase (Adams 2013), så bliver deres blik på forsøgspersonerne og deres position i forhold til forsøgspersonerne situeret i en særlig krop (Haraway 1988:589). I den forstand domesticerer trænerne forsøgspersonernes kroppe til et givent aktivitets- og styrkeideal og til deres egen hjemliggjorte fortrolighed med træningsrummet. Derved forsøger de at hjælpe hver enkelt forsøgsperson til at blive en anden (kropslig) udgave af sig selv – den muskuløst stærke (aldrende) krop. Forsøgspersonerne, deres vaner og kroppe, må domesticeres til træningscenteret og trænerens orden og sociale koder, instrumenter og maskiner.

Forsøgspersonernes kroppe bliver tre gange om ugen den kliniske interventions ejendom, og forsøgspersonerne får først og fremmest tildelt specifikke roller baseret på kropslige kendetegn. Som når forsøgspersonen Ole kaldes "den gamle kæmpe", fordi han kan løfte langt mere end gennemsnittet. Eller når forsøgspersonen Anne, som i laboratorietestningen beskrevet i kapitel 4 ellers artikuleres som en aktiv krop, her artikuleres som hende "den lidt skrøbelige", fordi hun altid skal bruge en pude under nakken på grund af en gammel nakkeskade. Da den første gruppe af forsøgspersoner har trænet i 3-4 måneder, sker der imidlertid nogle forandringer i forhold til den tunge træning på klinikken, der også for forsøgspersonerne etablerer og udvider træningen til umiddelbart at omfatte noget andet eller i hvert fald mere end deres aldrende kroppe. Disse forandringer er mit analytiske omdrejningspunkt i det følgende.

Fredagsbar: kaffe, cognac og et nyt træningsrum

Jeg undersøger således, hvordan styrketræningen forandres i klinikkens træningsfaciliteter i kraft af et arrangement, som forsøgspersoner, forskere og trænere alle kalder *fredagsbaren*. Fredagsbaren startes af forsøgspersonerne selv, og jeg undersøger, hvordan fredagsbaren får betydning for hjemliggørelse af den tunge styrketræning. Jeg tager i første omgang udgangspunkt i mine observationer af træningen på klinikken og af møderne mellem forsøgspersoner og trænere. Grundet feltarbejdets ofte lidt fragmenterede form var jeg ikke til træning hver dag på klinikken over længere tid, men jeg var en del af den proces, hvori fredagsbaren blev til. Fredagsbaren opstår ved, at en gruppe af forsøgspersoner begynder at blande proteinpulveret op med alkohol i stedet for vand i deres ARLA-shaker, hvilket ikke alene ændrer proteindrikken,

men også forsøgspersonernes forhold til hinanden og desuden stemningen i træningsrummet. Forsøgspersonerne begynder at tage ting med hjemmefra, der ikke umiddelbart relaterer sig til fysisk træning.

Jan viser sin mobile kaffemaskine frem. Han leder efter et sted at sætte den. Han sætter den til sidst oven på benpresmaskinen i træningslokalet og byder Agnes og mig en kop. Da Ole, der er Agnes' mand, er færdig med at træne lår, kommer han også over. Kaffemaskinen er meget brugbar, når man skal på picnic, fortæller Jan: "og kaffen smager rent faktisk af noget". Agnes og Ole mener, at det passer godt med en smule cognac til, men John er allerede halvsnalret af snapsen, så han springer over.

- Feltnoter fra besøg i træningsrummet, Sportsmedicinsk klinik, november 2015

Kaffen, og også somme tider morgenbrødet, er blevet en del af fitnesskædernes strategi til at tiltrække de +50-årige (Information 4.10.2013). Dog synes Jans mobile kaffemaskine ikke at passe ind i træningsrummet på klinikken, der er intet oplagt sted at placere den, ingen borde og ingen stole, hvor man kan sætte sig med en kop. I det konkrete tilfælde er alkoholen og kaffen de ældres eget påfund, noget, forsøgspersonerne er sammen om hver fredag. Alkoholen og genstande som kaffemaskinen fungerer som gæstebud, det er grundlaget for festskabelse, et samlingspunkt. Alkohol er noget, forsøgspersonerne er sammen med andre om, fremgår det af flere af mine interviews; alkohol er noget, der serveres ved festlige sammenkomster i og uden for hjemmet. Alkoholen er noget ekstra, det, der vælges til på trods af, at man godt ved, at alkoholen ikke nødvendigvis gør noget godt for en 'sundt' aldrende krop. Forsøgspersonerne vælger alkoholen, selvom de fleste har viden om, hvordan alkohol kan være skadeligt for kroppen. Ægteparret Agnes og Ole nævner blandt andre, hvordan de ofte mødes med vennerne og får en øl eller en snaps, noget, der er ved at sende Ole ud af CALM-projektet, fordi alkoholindtaget har grebet lidt om sig, efter han gik på pension. Agnes er da også tydeligvis bekymret for sin mands helbred.

Ole: Jeg har fået 2-3 advarsler. Først fik jeg en fyreseddel [fra den kliniske intervention] omkring for meget alkohol, så kom jeg med alligevel. Det er jo lige et lille glas med en ven, og så kan man lige så godt tage to. Det bliver man altså ikke kvartalsdranker af.

Agnes: Ja, for jeg havde jo sagt det til ham i flere år. Du skal jo ikke drikke fra om formiddagen, man skal altså over på den anden side af eftermiddagen.

- Interview 18.november 2015

Alkohol og andre nydelsesmidler har også gennem tiden været anset som kompromitterende for sundheden, en årsag til degeneration, fysisk og kulturelt forfald (Mellemsgaard 2001:275 & 312). Kaffe, men særligt cognac, passer heller ikke umiddelbart ind i de aktiv-aldringsdiskurser, interventionen materialiserer og er en del af. Forsøgspersonerne er helt klar over, at de bryder med selve grundlaget for interventionen, når de holder fredagsbar, drikker kaffe sammen og blander proteinpulveret op med alkohol. Finn, som vi mødte i det forrige kapitel, forsøger således at drosle rygterne om forsøgspersonernes alkoholindtag lidt ned, mens han samtidig tydeligvis glæder sig over det nyopståede sociale aspekt af træningen.

Finn: Ja, og så lige den der fredagsbar. Det synes jeg, var ret sjovt. Jeg ved ikke, hvordan det kom sig. Jo, det kom sig af, at det der proteinpulver, det smagte forfærdeligt, ej kakaoen var ok, men det der hindbær, det var frygteligt. Så blev vi enige om, man kunne da lige pifte det lidt op måske. Men så fik vi jo af vide, at der gik rygter om, at det var en kasse øl, vi drak hver fredag. Det rygtedes i hele huset. Det var altså bare sjatter. Cognac og sådan. Og jeg havde noget Amarone med.

- Interview 18.januar 2016

Hvor jeg i det forrige kapitel argumenterer for, at Finn i forholdet til sin kone Grete konstitueres som nyudklækket sundhedsfanatiker, en, der fastholder de råd og den viden, han har fået i kraft af sin deltagelse i den kliniske intervention, fremstår Finn i træningssammenhænge snarere som en rigtig "festabe". Til trods for at han i citatet ovenfor understreger, at de kun drikker sjatter, så er han med til at etablere fredagsbaren. Fredagsbaren går fint i spænd med Finns interesse for vin. Som jeg kort berørte i kapitlet om måltids partnere, stiftede Finn en vinklub på sin tidligere arbejdsplads, og Grete er kun glad for, at han kan tage de vinsjatter, som hun ikke drikker, med sig til Bispebjerg. Finn kan desuden igen dele vinen med andre. Han har ikke haft vinklub, siden han blev pensioneret. Finns deltagelse i fredagsbaren står derfor ikke i modsætning til Finns sundhedslogikker, hvilket jeg yderligere uddyber i det følgende afsnit. For Finn er socialiteten uomgængelig i hjemliggørelsen af nye rutiner, ligesom jeg argumenterede for i relation til Kathrine, Niels og Ruth.

Det er tydeligt på Finn, at rygterne om fredagsbaren ikke generer ham. Finn er snarere lidt stolt, han spiller selv en aktiv rolle i skabelsen af et fællesskab. Her bliver koblingen mellem vigtigheden af selv at tilegne sig eller domesticere træningsprotokollen (og vel i den forstand også en potentiel livsstilsændring) og både socialitet og hjemliggørelse i mine øje tydelig. Fredagsbaren bliver en intenderet uorden. Næsten som når børn kaster papirfly i klasseværelset, ingen kan huske, hvem der startede, men pludselig er alle involverede

i den fælles, altopslugende leg. Fredagsbaren smager lidt af synd og bliver et kollektivt opgør med træningens ensformighed og individualisering. Tidligere trænede Finn sammen med blandt andet Agnes og Ole og tre andre, uden at de vekslede andre ord end en pæn og afmålt hilsen; den enkeltes krop var i fokus. Men nu bliver træningen tillige et fælles mål, og noget de kan være sammen om. Vi skåler i fællesskab, da Finn bekendtgør, at han har tabt sig, ligesom forsøgspersonerne er højlydt imponerede over Oles konstante vægtøgning på maskinerne.

Proteindrikken tilpasses således forsøgspersonernes hjemlighed, den bliver en socialitetsskabende genstand, der ved at skabe modstand mod sundhedslogikkerne i de kliniske aldringsforsøg medvirker til at hjemliggøre træningsfaciliteterne og træningsprotokollen.

Fredagsbaren som ritual

Fredagsbaren bliver noget iøjnefaldende, en kuriositet, der ikke kun vækker min analytiske interesse, men som har resulteret i rygtedannelse i hele CALM-projektet. Fredagsbaren bliver hurtigt en begivenhed, der umiddelbart adskiller sig fra de sædvanlige træningsrutiner på klinikken, og for mig bliver den en form for analytisk gave, som kommer til at stå ud fra resten af mit feltarbejde som noget bemærkelsesværdigt anderledes. I antropologien og etnologien er særligt unges brug af alkohol ofte analyseret som en form for overgangsritual fra barn til voksen, hvor rusen markerer barnets given slip på barndommen (Hulvej Rod, 2010; Beck 2006; Sande 2000). Forsøgspersonernes brug af alkohol markerer også en form for overgang, dog i en anden form end barnets eller den unges. Fredagsbaren bliver på én gang en del af de ældre forsøgspersoners igangværende forsøg med aldring og en begivenhed, som forandrer disse.

Idet jeg i det følgende inspireres af ritualstudier for at forstå dette skisma, bliver det netop en væsentlig pointe, at fredagsbaren kræver opretholdelse af forsøgspersonernes sociale forpligtelse for at blive meningsskabende. I ritualteori er spørgsmål om socialitetens rolle for transformationsprocesser helt centrale (se f.eks. Turner, 1969)⁸⁹. Således anskuer ritualforskeren Cathrine Bell *ritualisering* som en aktiv kamp, et magtspil, hvor etablerede praksisser forhandles og omformes (Bell 1992:204). Hvor det individuelle oprør for dem, der træner hjemme, består i at *udelade* træning og proteindrik, noget som ikke nødvendigvis registreres af forskerne, så handler det kollektive oprør for dem, der træner på klinikken, om at *vende* verden *på hovedet*.

⁸⁹ I *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure* fra 1969 argumenterer den britiske antropolog Victor Turner for, at der i overgangsritualer skabes et særligt "communitas", der baserer sig på en fælles, spontan opslugthed af ritualen. Ifølge Turner smelter alle involverede sammen i liminalitetsfasen og er på lige vilkår i stand til at opleve ritualen.

I forlængelse af dette argumenterer jeg for, at fredagsbaren kan anskues som en performance, der baserer sig på en *karnevalisering* af proteindrikken og på ironi og latter. Jeg undersøger i det følgende, hvordan fredagsbaren indstifter en form for modstand i interventionen i kraft af en særlig 'karnevalesk socialitet' (Hulvej Rod 2010)⁹⁰. I forlængelse af dette diskuterer jeg med et begreb hentet fra antropologen og ritualforskeren Jon P. Mitchell, hvordan fredagsbaren bliver en ekstraordinær *rituel performance* (Mitchell, 2006:384), der baserer sig på karnevalisering af proteindrikken og på ironi og latter, og som derved forandrer forsøgspersonernes tilgang til træningen og gør hjemliggørelse af interventionsprotokollen mulig.

Karnevalisering af proteindrikken

Ideen om det karnevaleske stammer fra den russiske litteraturteoretiker Mikhail Bakhtin og særligt fra hans analyser af Rabelais litterære værker. Begrebet henviser til karnevallet som begivenhed, og Bakhtins væsentligste argument er, at humoren og det kaotiske i karnevallet er en modstandsform, der sætter, i hvert fald midlertidigt, spørgsmålstegn ved samfundets elite og autoritære magter som eksempelvis kirke og stat (Dentith 1995:71). Fredagsbaren kan netop forstås som en modstandsform. Som jeg har berørt ovenfor, vender de involverede i fredagsbaren interventionen på hovedet ved i første omgang at introducere alkohol og kaffe. Kaffen hører ikke til i træningssalen på klinikken, ligesom kaffen ikke hører med i det format, som udgør træningen. Ved samtidig at blande proteindrikken med alkohol omformer forsøgspersonerne et centralt objekt i interventionen til at passe til deres hjemlighed. Proteindrikken er et fremmedlegeme, for mange ligefrem et ulideligt, ækelt element ved forsøgsdeltagelse. For at proteindrikken kan integreres i deres træningspraksis, forudsætter det en form for tæmning, domesticering til forsøgspersonernes etablerede forståelser af det "gode" i livet, i denne forbindelse alkoholen. Som sådan sættes der spørgsmålstegn ved helt selvfølgelige og i interventionen veletablerede ideer om sundhed. I interventionen er mådehold i forhold til alkohol, for fed mad, for meget sukker – og selvdisciplin i forhold til at leve et fysisk aktivt liv – lig med en god og sund alderdom.

Med andre ord transformeres proteindrikken i og med fredagsbaren. Pulveret, der før blev blandet op med vand, får både en ny smag og tager en anden form, end det i første omgang var tiltænkt af både Arla og CALM. Proteindrikken bliver medskabende for en særlig karnevalesk socialitet, der i først omgang baserer sig på ironisk distance til CALM-projektets og CALM-forskernes idealer for sund og aktiv aldring. Ud over at proteindrikken således fortæller forskerne om individuel muskelopbygning eller individuel udvikling af smagspræferencer, er den nu også en del af de ældre forsøgspersoners samvær omkring træning. For

⁹⁰ Begrebet "karnevalesk socialitet" stammer fra Hulvej Rods ph.d.-afhandling (2010), men det karnevaleske handler hos ham om selve rusen, hvilket ikke er væsentligt i mit materiale.

forsøgspersonerne udvikler proteindrikken sig fra at være noget, de er alene om at foragte, til at være udgangspunktet for fælles oprør og sjov i kraft af eksperimenterne med alkohol. Proteindrikken karnevaliseres og kan således domesticeres, den forbindes med morskab og samværsformer og er ikke længere noget, der blot skal overstås. Sideløbende med kosttilskuddets transformation indstiftes en ny omgangstone og nye relationer forsøgspersonerne imellem. Da forsøgspersonerne påbegynder træningsforløbet, er de stort set ikke i kontakt. I takt med etableringen af fredagsbaren løsnes der dog op, og de begynder at tale sammen på nye måder. Ikke som følge af alkoholpåvirkningen, det handler ikke om rusen, men i kraft af at de deler noget med hinanden: en erfaring af proteindrik og træning, den kropslige påvirkning, der deraf følger, og et fælles ansvar for at *"(...) få en god oplevelse også"* (Interview med Agnes 11. november 2015). Med fredagsbaren bliver tonen mere løssluppen. Forsøgspersonerne taler med hinanden om andet end det at være forsøgsperson, Finn og Ole diskuterer fodboldkampe, og Agnes låner et orange sæt tøj ud til Birte, som skal til farvekoordineret efterårsfest i sit beboerhus. Stemningen mellem trænere og forsøgspersoner bliver også mere frigjort, de driller kærligt hinanden med dovenskab og småskavanker. Eller de mobber hinanden for sjov, som Ole udtrykker det (interview 11. november 2015). Latteren og ironien er medskabende for fredagsbaren, men breder sig til træningen generelt. Forsøgspersonerne taler sammen i pauserne, og de råber og griner til og af hinanden:

"Nåå Finn, er du allerede færdig..." Råber Agnes og Ole i kor, da de træder ind i træningsrummet. "Det kan da ikke passe, du er måske lidt doven i dag? Er der ikke nogen til at holde øje med dig!" Finn svarer i samme jokende tone: "Arrjh, det var, hvad det kunne blive til i dag." Og så siger han lidt mere alvorligt: "Nææ nej, man snyder jo kun sig selv, det gør man jo."

- Feltnoter fra besøg i træningsrummet, Sportsmedicinsk klinik, september 2015

Godt nok er for meget alkohol muligvis dårligt for kroppen, hvilket de kliniske rekrutteringskriterier blandt andet slår fast i forhold til Ole, men for Finn er det den karnevaleske socialitet, som alkoholen er med til at generere, der bevarer ham som sundt aldrende. Ligesom vinklubben i sin tid var med til at gøre det værd at gå på arbejde. På trods af alkoholen, latteren og ironien, går hverken Finn eller de andre forsøgspersoner imidlertid på kompromis med deres træning. Fredagsbaren og sammenholdet er snarere med til at understrege forpligtelsen i forhold til træningen og for Finn også forpligtelsen i forhold til ham selv. Kritiske analyser af Bahktin har da også gjort gældende, at det karnevaleske ikke alene har en frigørende eller frisættende funktion (Dentith 1995:73-74). Karnevallet gjorde grin med eliten, men på måder, der bekræftede

dennes magtposition. Ved at 'lade masserne' drive gæk med etablerede hierarkier og normer ved enkelte rituelle begivenheder, bekræftede man kun, hvordan verden skulle se ud resten af året. Karnevallet satte godt nok den daglige orden ud af spil ved hjælp af gøgl og udklædning – men altid i kontrolleret form. Det var med magthavernes billigelse, at masserne slog latteren løs, og ofte deltog folk fra eliten også, ligesom de skrev sange og parodier, der blev opført under karnevallerne (ibid.:72).

På Sportsmedicinsk klinik er der således også blandt trænere og forskere accept af fredagsbaren. Trænerne, der ofte er yngre idrætsstuderende, griner af og sammen med forsøgspersonerne, og de kommenterer ikke på, hvorvidt det er godt eller skidt, at forsøgspersonerne blander kosttilskuddet med alkohol. De takker dog pænt nej til drinks, når de bliver budt. Kaffen kan de tage imod, og under andre omstændigheder også vingaver fra forsøgspersonerne, men alkohol i arbejdstiden går tydeligvis ikke an. Trods sin dobbelttydighed, fredagsbarens på en gang nedbrydende og opbyggende effekt, er rationalet hos interventionsforskerne, at forsøgspersonerne skal have lov til næsten hvad som helst, så længe de gennemfører. I en form for følelsernes mikropolitik (Clark 1997:235) er de med deres tålmodighed, deres sympati og somme tider deltagende latter med til at bevare hierarkiet i den kliniske intervention og ikke mindst meningen med træningsprotokollen. Fredagsbaren gør, at de ældre dukker op, at de træner. Hver enkelt forsøgspersons gennemførelse er det væsentligste for trænerne. De vil, som Winther ligeledes viser i sit studie af et randomiseret klinisk forsøg med overvægt, gøre *"whatever it takes"* (Winther 2017:136-137) for at sikre compliance. Fredagsbaren er med til skabe et tilhørsforhold til den kliniske intervention, som en træner og interventionslægen pointerede over for mig, og det betragtes også som noget særsomt positivt af forsøgspersonerne selv.

Ifølge Mitchell kan det være meningsfuldt på både analytisk og empirisk plan at skelne mellem hverdagsritualer og ekstraordinære, teaterlignende begivenheder (Mitchell 2006:384). Mitchell pointerer dog, at man ikke bør undersøge hverdagspraksisser og såkaldte performances som separate, de snarere påvirker, transformerer og er integreret i hinanden. Det vil sige, at det ekstraordinære ritual også kan producere og reproducere en effekt, der har indflydelse på hverdagsritualerne (Mitchell 2006:385). Det er således forsøgspersonerne, men også CALM-forskere og trænere, der i kraft af rygtedannelsen er med til at indstifte fredagsbaren som noget særligt. Som jeg berører ovenfor, skaber fredagsbaren transformationer af træningsrummet, af kroppene og af proteindrikken. Transformationer vedrører de interventionsspecifikke hverdagsliv og i første omgang det umiddelbart fastlåste træningsregime. Det centrale for analysen er, at hverdagsritualet og det ekstraordinære ritual ikke kan anskues som adskilte. Den ekstraordinære performance bliver en del af den daglige rutine. Med fredagsbaren får forsøgspersonerne et sammenhold, de hilser, taler sammen og er sammen om træningen. I stedet for at bidrage til en forståelse af domesticering som en entydig, linær forbedringsproces, er det mit argument her, at domesticering bliver transformationer, der har

uforudsigelige resultater, og som er afhængige af en flerhed af aktører frem for ét aktivt individ. Det bliver relationerne mellem forsøgspersoner, proteindrik, trænere og træningsrummet, der vender interventionsprotokollen på hovedet.

Finn: Det undrede mig lidt, at der ikke var mere sådan, at vi mødtes bagefter træningen til en øl eller en kop kaffe. Jeg er glad for det, vi har nu. Det er jo mest for sjov og ballade, men det er jo hyggeligt. Det manglede egentlig bare, når man skal gå der et helt år.

- Interview 9.april 2015

Fredagsbaren som karnevalessk, der skaber muligheden for latter og ironisk distancering, omgør dermed træningen i både forsøgspersonernes og de kliniske forskeres interesse. I den forstand bekræftede karnevallet den sociale orden, ligesom fredagsbaren gør domesticering af interventionens kroppe, logikker og rutiner mulig.

Karnevalessk socialitet og den (aktivt) aldrende krop

Ved at vende tilbage til Foucault og hans ideer om styring som rettet mod menneskers selvstyring (Foucault 1988:19), vil jeg argumentere for, at fredagsbaren og den karnevalesske socialitet, der skabes her, medvirker til at domesticere interventionsprotokollen til forsøgspersonernes igangværende praksisser og rationaler. Det handler om, at der i kraft af fredagsbaren åbnes for nye måder, hvorpå forsøgspersonerne kan arbejde med deres kroppe og relationerne til de andre i forsøget og således konstituere sig som *aktivt og sundt aldrende*. Som en del af en karnevalessk socialitet, der inkluderer proteindrikken, tilegner forsøgspersonerne sig en specifik form for aktiv og sund aldring, og den tunge træning og de kliniske aldringsforsøgs logikker omkring aktiv aldring domesticeres dermed som en nødvendighed for den enkelte (aldrende) krop.

Dette understreger igen afhandlingens pointer om, at forsøgspersonerne selv er med til at producere aktiv aldring i kraft af kontinuerlige selvinterventioner. Interventionen fungerer som en produktiv "selvformende praksis" (Foucault 1984), forsøgspersonerne opfatter træningen som et positivt indslag i deres liv, som et glædesfuldt fællesskab, og som noget, der gør dem godt.

Jan: Jeg har det bedre. Jeg tror I [CALM] underkender spørgsmålet om velvære. For mig handler det om, at min krop har det bedre. Jeg har det godt. Det er ikke en bagatel, at jeg faktisk får det bedre af at komme og træne sammen med de andre.

- Interview 11.maj 2014

Bakhtin interesserer sig for, hvordan der i karnevallet udfoldes en fælleskrop i den kødelige, materielle udveksling af kropsvæsker, råb og skrig, druk og hor (Schmidt 2003:45; Muir 2005: 91-93 & 115; Bakhtin 1968). Den ustyrlige, karnevaleske fælleskrop overskrider den individuelle, lukkede krop. Ritualisering fremkalder oplevelser af at være en del af en fælles krop eller en udvidelse af selvet (jf. Sjørlev 2008:14). Citatet ovenfor fra samtale med forsøgspersonen Jan peger i mine øjne på, hvordan det sociale engagement og de fælles erfaringer af en aldrende krop, der måske ikke kan det samme som før, men som *kan* blive stærkere eller føles bedre, bliver medskabende for meningsfulde rutiner. Velværet baseres på domesticering af den krop og alder, som de kliniske aldringsforsøg artikulerer som ideal. Som Benny, en anden af forsøgspersonerne, gør rede for, kan man som pensionist *"[...] godt føle sig isoleret indimellem, og fredagsbaren har vist sig som én vej ud af den der følelse"* (Interview 1.november 2015). Domesticering og hjemliggørelse kan således også blive selvteknologiske praksisser, idet forsøgspersonerne ved at domesticere proteindrikken inderliggør både vigtigheden af fysisk aktivitet og sociale relationer for ældre kroppe og for det gode ældreliv. Når trænere og CALM-forskere således omfavner, eller i hvert fald accepterer, fredagsbaren, anerkender de, at interventionen drejer sig om mere end fysisk forbedring. Det er langt fra en ny erkendelse for interventionsforskere og trænere, der, som jeg tidligere har været inde på, ofte selv er aktive sportsudøvere. Derudover fremhæves sociale relationer i aktiv-aldringspolitikker ofte som en væsentlig faktor for et godt og sundt ældreliv (Sundhedsstyrelsen 2019). I den kliniske intervention gøres dette imidlertid ikke til viden, der bruges i andre sammenhænge end i det daglige arbejde, hvor det handler om at få den kliniske forskning til at køre så gnidningsfrit som muligt og netop sikre compliance eller adherence med interventionsprotokollen. I de endelige analyser er der tal, der blandt andet viser, hvilke grupper der har størst tendens til at gennemføre interventionens træningsregimer, mens viden fra standardiserede motivationssamtaler og ad hoc procedurer omkring fastholdelse af forsøgspersoner ikke indgår som en del af data (Bechshøft 2017). Forståelsen for det sociale aspekt af træningen forbliver et implicit redskab for trænere og forskere. Det sociale bliver ikke et mål i sig selv, og ikke noget der måles på, hvor det i min afhandlings sammenhæng imidlertid har vist sig ganske afgørende.

At stå uden for den karnevaleske socialitet

Kapitlet kunne således være en besyngelse af socialiteten og lede til en diskussion, der angår CALM's etiske forpligtelse til at opretholde en socialitet omkring træningen for på den måde at fastholde fremskridt og forbedring. Forsøgspersonerne, der før var fremmede i forhold til den tunge styrketræning, har tæmmet træningsprotokollen til en fælles hjemlighed. Det bliver i den forstand en klassisk domesticeringsfortælling

om en bevægelse fra *"savage to civilised"* (Lien, Swanson & Ween, 2018:4), som synes at præge også forsøgspersonernes egne forståelser af det at være forsøgsdeltager. Som jeg diskuterede ovenfor, gør fredagsbaren det muligt at føle sig en del af et særligt fællesskab, en gruppe, som skal udsættes for det samme med samme mål for øje.

Ole: Ja, det er Jan, der lægger hus til. I starten syntes vi måske, at han [Jan] var sådan lidt anderledes. Vi snakkede om derhjemme, at han var en rigtig kritisk akademikertype, sådan lidt bedrevidende, du ved. Men nu har vi jo gået der, op og ned ad hinanden i snart et år, og vi skal jo alle sammen igennem det samme. Vi er i samme båd, os gamle skrog.

- Interview 11. november 2015

Trods forskellighederne mellem Jan og Ole føler Ole med tiden et særligt tilhørsforhold til de andre trænende. Domesticering bliver derved en trinvis proces, der involverer sammenstød, såvel som fælles erfaringsdannelse. For ægteparret Agnes og Ole, ligesom for Kathrine, som optræder i kapitlets første del, har fysisk aktivitet altid haft et socialt aspekt. Fritidsinteresser, der har inkluderet fysisk aktivitet, har også før i tiden enten været et middel til venskaber eller er opstået af sociale relationer, de allerede var en del af.

Ole: Da jeg var yngre, barn, ik, der var jeg grøn spejder i 3-5 år. Nu når vi går i teatret og på museum, så er vi nede og spise med spejderholdet bagefter. Det er vigtigt. Så er vi nede og spise noget god frokost.

Agnes: Der var på et tidspunkt der svømmede vi meget. Jeg har en god veninde her i ejendommen, som snart er 100 år, hende svømmede vi med, for hun ville så gerne svømme. Men kunne ikke lide at gøre det alene, så når jeg kom hjem fra arbejde, så tog vi op og svømme.

- Interview 18. november 2014

Agnes og Ole har hele deres liv været involverede i politiske og frivillige fællesskaber, der ikke nødvendigvis gav en indtægt. Som ung var Agnes en del af højskolebevægelsen, og hun var aktiv i rødstrømpebevægelsen. Ole har været fagligt aktiv på stort set alle de arbejdspladser, han har været ansat på, og senere blev han valgt ind i fagbevægelsen. Både Agnes og Ole har været partipolitisk aktive i det danske parti Socialdemokratiet i over fyrre år. De er begge rundet af en arbejderfamilie og et arbejderfællesskab – og det samme gør sig gældende for de andre forsøgspersoner, der er en del af fredagsbaren. For alle de involverede i fredagsbaren er CALM-interventionen, som for flere andre forsøgspersoner, en hobby, det er deres nye fritidssysse. Flere antropologiske studier peger på, at alkohol spiller en rolle som tidlig skillelinje mellem arbejde

og fritid, ligesom alkohol kan være en markør for sociale eller klassemæssige tilhørsforhold (se Gusfield 1987; Sande 2000). I tilfældet med fredagsbaren er det tydeligt, at forsøgspersonerne, der deltager, har en særlig indbyrdes jargon, og den umiddelbare tilgang til alkohol er, at alkohol er en social aktivitet, et nydelsesmiddel, som hører fritidslivet til.

Fredagsbaren rummer derfor heller ikke alle. Fredagsbaren bliver ikke domesticeringspraksisser, som alle kan være en del af endsige genkende sig selv i: I træningsrummet taler jeg således ofte med Helle, der tydeligvis står uden for det nye fællesskab. Helle, som optræder i kapitel fem, og som har meget vanskeligt ved at forlige sig med sin nye muskulært stærkere, men også tunge krop, bruger det meste af sin energi på ikke at blive synlig, især ikke på en forkert måde i det mellemmenneskelige felt. Helle hilser fortsat afmålt på de andre forsøgspersoner, men bliver ikke en del af fredagsbaren. Hun kan godt lide træningen, fortæller hun, men hun har efter eget udsagn ikke brug for flere kontakter eller mennesker i sit liv. Ved flere lejligheder smiler hun indforstået til en anden af de trænende, som heller ikke deltager i løjerne. Han passer ligeledes sin træning til punkt og prikke, men han interagerer ikke med de andre. Det er både ham og Helle helt fremmed at drikke alkohol, når de *bør* træne. For Helle bliver interventionen en forpligtelse, hun forsøger at leve op til trænerens råd og vejledning, men træningen bliver aldrig en hobby. Hun bliver ikke en del af den karnevaleske socialitet. Træningen er snarere en opgave, der skal løses. Hun har et arbejde at gøre som forsøgsperson, men Helle stopper træningen, så snart interventionsperioden for hendes vedkommende er slut, og vender tilbage til sin mensendieck-gymnastik. Helle domesticerer aldrig den nye aldrende krop eller de nye rutiner, og den karnevaleske socialitet kan ikke hjælpe hende til det. Det er derfor ikke kapitlets formål at vise, hvordan kaffe og en lille skarp kan få ældre til at træne. Selvom forsøgspopulationen konstituerer og konstitueres af en række fællestræk, får forsøgspersonernes forskellige, igangværende aldringsforsøg også betydning for hjemliggørelse af nye rutiner⁹¹, blandt andet fordi disse aldringsforsøg også implicerer specifikke praktiseringer af 'nydelse' og 'det gode' og desuden specifikke kropsligheder og forhold til kroppen i aldringsprocessen.

Opsamling

I kraft af en karnevalisering af proteindrikken bliver det således kun en bestemt gruppe af forsøgspersoner, der bryder med træningens prædeterminerede form og mening. Deltagerne i fredagsbaren mødes fortsat et

⁹¹ Den etnologiske livsformsanalyse kunne være en indgang til at forstå, hvorfor nogle indgår i fredagsbaren, mens andre ikke gør. De deltagende i fredagsbaren kan forstås som en lønarbejdersubjektivitet, hvor arbejdet er et middel til fritid. Som en kollega kommenterede, er fredagsbaren samtidig baseret på en meget specifik socialitet, med hendes ord en "københavnsk socialdemokratisk kolonihavelivsform", hvor alkoholen spiller en afgørende rolle i det sociale møde.

halvt år efter CALM-interventionen for deres vedkommende slutter. Imidlertid er det ikke proteindrikken, de samles om til deres første møde hos Jan. Her deler de smørrebrød og øl. Hjemliggørelse af træning beror således på, at proteindrikken forbliver et fremmedelement, umulig at domesticere. Proteindrikken konstitueres som et middel, i en ritualteoretisk optik, en form for overgangsobjekt, der muliggør en forandring. Forsøgspersonerne involverede i fredagsbaren er ikke længere helt fremmede over for den tunge træning, og nogle af dem overvejer sågar at melde sig ind i et fitnesscenter. Træningsrummet, der i så høj grad minder om et fitnesscenter, bliver med karnevalisering af proteindrikken hjemliggjort i en aktiv tilegnende praksis, der drejer sig om at skabe genkendelse og et fælles domestisk rum – også uden for hjemmet. Når den specifikke gruppe af forsøgspersoner således taler om at fortsætte træningen efter forsøgsdeltagelsen er slut, er det ikke selve træningsformen, de fremhæver. De leder efter steder, hvor der træner andre på samme alder og med ældre kroppe som dem selv. Hjemliggørelse af træning handler derfor også om praktiseringer af kropslig forbundethed. Ved et opfølgende interview, der finder sted, efter interventionen er slut, diskuterer Finn og hans kone Grete således, hvor Finn vil kunne fortsætte sin træning.

Finn: Jeg savner at komme derhen, men så var det, at jeg snakkede om, at jeg ville melde mig ind i det der [bynavn] Kano og kajak, men det har jeg ikke fået gjort endnu. Det er jeg næsten sikker på, at jeg vil. De der fitnessklubber, det siger mig ikke noget. Det er jo sådan nogle pumpede fyre. Der er måske også nogle, der kommer for motion, det ved jeg ikke...

Grete bryder ind: Jeg tror meget, at det kommer an på hvilket tidspunkt af dagen. Jeg tror stadig, at hvis du tager den der "[bynavn] Fitness", der ligger lige ovenover tandlægen, altså de reklamerer direkte med, at de har mange over halvtreds. Hvorimod hvis du går ned i den ved stationen, når man kigger ind, så er det altså unge på unge, der står og gør et eller andet eller løber på rad og række med løbebånd med 10 cm imellem. Det er meget udtalt.

- Interview 18. januar 2016

Finn og Grete får det sidste ord. Deres dialog understreger, hvordan domesticeringen af træningen kan foregå flere steder, men ikke alle steder. Domesticeringen bliver ikke nødvendigvis afhængig af et stedsligt bundet domus, men afhænger i forsøgspersonernes tilfælde af en hjemliggørelse af træningsrummet og hjemliggørelse af en specifik krop og aldringsproces. På trods af at domesticering af interventionens træningsrutiner og kostlogikker *kan* finde sted i hjemmet, sådan som jeg har vist i kapitlets første afsnit, så forudsætter de nye rutiner ikke nødvendigvis en fastetableret base, et hjems materielle stabilitet, men snarere

konstituering af socialitet, sociale forpligtelser og i dannelsen af et 'vi' samtidig kontinuerlige socialiseringsprocesser.

Modsat hvad der er en af de grundlæggende hypoteser i CALM-interventionen, bliver hjemmet for forsøgspersonerne ikke nødvendigvis afgørende for domesticering af træningsrutiner. Et halvt år efter interventionen er afsluttet, træner Ole og Agnes i et fitnesscenter i en svømmehal, hvor andre ældre også kommer. Og de har fået Jan med sig.

Jeg argumenterede i både indledning og de metodologiske overvejelser for, at den kliniske intervention i CALM har som præmis, at hjemmet som sted bliver den bedste ramme om forsøgspersonernes compliance med interventionsprotokollen. I kapitlet har jeg imidlertid vist, at hjemmet som sted ikke nødvendigvis er afgørende for hverken forsøgspersonernes vedholdenhed i forhold til forsøgsdeltagelse eller for domesticering af nye rutiner. Hjemmets materialitet *kan* have betydning i hjemliggørelsespraksisser, materialiteten gør modstand, dørhåndtag falder af, og møblerne vælter som i Niels tilfælde, men hjemmet bliver ikke nødvendigvis det stabile udgangspunkt for forandring, som interventionsprotokollen i CALM fremhæver hjemmet som. Idet forsøgspersonerne indgår i interventionen, er hjemmet som base allerede destabiliseret. Træningen forbliver for forsøgspersonen Niels et fremmedelement, som netop ikke kan hjemliggøres. For Kathrine er hjemmet en ny base, et sted som skal hjemliggøres i takt med det nye træningsregime. Til trods for, at hun finder sig til rette i det nye hjem, og at træningen understøtter den nye pensionisttilværelse, indgår hun i sociale relationer, der ikke kun er knyttet til hjemmet som sted, og som ikke uvilkårligt passer med træningen. Det er umuligt for både Niels, Kathrine og Ruth at etablere en socialitet omkring træningen, snarere forbliver socialiteten og den fysiske aktivitet hinandens modstandere. De forsøger at leve op til idealer om en fysisk aktiv alderdom, og særligt Ruth og Kathrine mærker forbedringer, men latteren og ironien udebliver, der opstår ikke et "vi", i kraft af hvilket de kan gøre oprør mod de medicinske sundheds- og aldringsidealer og desuden trænerne og forskernes autoritet. Socialiteten udebliver i hjemmetræningen, hvorfor hjemmetræningen paradoksalt nok bliver sårbar i forhold til hjemliggørelse. I den tunge træning på klinikken opstår der derimod et fælles oprør i takt med skabelsen af en karnevalesk socialitet. Det er den karnevaleske socialitet, de fælles kropslige erfaringer, domesticeringen af en særlig måde at blive ældre på, der gør hjemliggørelse af den tunge træning mulig. De fællestræk og den forbundethed som CALM-projektet har brug for, materialiseres og kropsliggøres således i det træningsfællesskab som opstår i kraft af – og på trods af – forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg.

Konklusion

'Aldringsforsøg' betegner almindeligvis biomedicinske forsøg, der undersøger, hvordan der kan dæmmes op for visse aldersrelaterede sygdomme, eller hvordan den fysiologiske aldringsproces ligefrem kan bremses. Resultaterne af disse forsøg præsenteres i medierne under mere eller mindre spektakulære overskrifter som: "Mystisk stof kan være nøglen til et længere liv" (videnskab.dk 2016) eller "Forskere vil dræbe celler, der gør os gamle og syge." (dr.dk 2018). Ofte udføres disse forsøg som en kontrolleret testning af et farmakologisk medikament på smådyr som mus og vandlopper i et lukket laboratoriekredsløb, og i disse forsøg drejer det sig om at stoppe aldring på celleniveau. Aldring bliver dermed forsøgsvis en stabil og entydig biologisk proces. I nærværende afhandling har jeg modsat valgt aldringsforsøg som en betegnelse for, hvordan der i række forskellige, sammenfildrede praksisser kontinuerligt eksperimenteres med aldring: Helt basalt hvordan aldring altid kan anskues som forsøg. Aldringsforsøg kan i afhandlingens sammenhæng forstås som uforudsigelige, åbne og produktive forsøg på at definere og praktisere aldring.

Med afsæt i en specifik klinisk livstilsintervention, der havde til formål at producere statistisk og videnskabelig evidens om sundhedseffekter af livsstilsændringer hos individer med en bestemt kronologisk alder, har jeg i afhandlingen undersøgt, hvordan forskellige, igangværende og sammenfildrede aldringsforsøg virker sammen og imod hinanden i konfigureringer af aldring som flertydigt videns- og interventionsobjekt. Analytisk har jeg i afhandlingen fokuseret på forsøgsdeltagelse som kollektive sociomaterielle processer og på, hvordan aldrende kroppe og ældres igangværende hverdagsliv samt kliniske, etnologiske og befolkningspolitiske praksisser involveres og kontinuerligt domesticerer nye aldringsforsøg. Med afhandlingen har det været min ambition ikke analytisk at privilegere specifikke positioner (jf. Hastrup 2011). Jeg har derfor fokuseret på, hvordan samtidige og fremtidige aldringsprocesser konkret produceres, tænkes og bliver forsøgt af kulturgerontologi (og herunder af mig som etnolog) såvel som af kliniske forskere og af en bestemt ældrepopulation, idet jeg har vist, hvordan denne ældrepopulation samtidig blev resultatet af forsøgsdeltagelse.

Det empiriske fokus og udgangspunkt for afhandlingen er CALM-projektet, der havde til formål at udvikle strategier til at modvirke aldersrelateret tab af muskelmasse. Strategierne skulle udvikles på baggrund af en undersøgelse af effekterne af en fysisk aktiv livsstil med styrketræning i kombination med diætomlægninger til en mere proteinrig kost i en RCT-baseret klinisk intervention med ældre danske borgere i aldersgruppen +65. Afhandlingens analytiske ambition er blandt andet at tilvejebringe indsigter i, hvordan denne specifikke intervention virkede i praksis i kraft af forskernes forsøg på at fastholde og afgrænse aldring og gøre en bestemt fysiologisk aldrende krop til undersøgelsesobjekt. Det centrale mål med min afhandling har således ikke været at undersøge, *hvorvidt* den kliniske intervention levede op til sin målsætning om at

implementere livsstilsændringer hos forsøgspersonerne, men snarere *hvordan* den kliniske intervention virkede blandt andet i kraft af involveringer og sammenfiltringer med andre igangværende aldringsforsøg.

Inden for samtidig folkesundhedsforskning fremhæves det randomiserede kliniske forsøg hyppigt som den videnskabeligt set mest brugbare metode til at producere evidensbaseret viden om effekter af interventioner, der skal fremme sundhed i befolkningen. En karnediskussion omkring RCT-baseret folkesundhedsforskning angår udfordringen med at balancere kravene til både metodisk stringens og individuel og samfundsmæssig relevans (Rosen et al. 2006; Matthews 2006; Will 2007). Dog har studier i den senere tid viet øget opmærksomhed til udviklingen af mere adaptive og pragmatiske interventionsdesigns, som tager hensyn til den "virkelighed", som den kliniske intervention skal virke i, og til de aktører, som involveres (se for eksempel Will & Moreira 2010 & Winther 2017). Som sådan er det formålet at producere evidensbaserede resultater og databeviser, som kan oversættes til praktisk relevante og socialt robuste løsninger i folks hverdag. Det var særligt i forhold til dette, at etnologien blev en del af CALM-projektet.

Afhandlingen skriver sig ind i spændingsfeltet mellem kulturgerontologiske studier af aldring og etnologiske interventions- og hverdagslivsstudier, og den forholder sig til, hvordan og på baggrund af hvilke standarder samtidige aldringsprocesser produceres. Afhandlingen diskuterer desuden, hvordan etnologien engageres og for fremtiden kan engageres med eksempelvis folkesundhedsinterventioner i relation til problematiseringer af demografisk aldring og muligheder for et såkaldt 'aldersintegreret samfund'. Flere performativt inspirerede studier har peget på, hvordan medicinske interventioner, der har den biologiske krop i centrum, også til hver en tid bliver en intervention i hverdagslivet (Mol 2004; Mol & Law 2004; Moreira & Will 2010; Winther 2017). Effekterne af medicinske interventioner får aldrig et entydigt resultat, men (for)bliver flertydige og ambivalente. Mine analytiske kapitler har dels bekræftet dette, dels bidraget med indsigter i, hvordan interventionen ikke alene angik eller formede fysiologisk aldrende kroppe, men også skabte spændinger og modstand og mulighedsrum for nye og somme tider utilsigtede aldringsforsøg. To andre konkrete spørgsmål, som har guidet min undersøgelse, drejede sig således om, hvordan aldrende kroppe og relationer mellem aldrende kroppe og aldrende 'selv' artikuleredes og domesticeredes i forskellige interventionspraksisser. Ligeledes har jeg interesseret mig specifikt for, hvordan interventionsprotokollen og herunder træning og proteindrik domesticeredes i forsøgsdeltagernes allerede igangværende hverdagsliv.

Afhandlingens primære bidrag er dermed de feltarbejdebaserede etnologiske indsigter, som undersøgelsen har tilvejebragt. Det er i de analytiske kapitler, at jeg udvikler begreber eller analytiske tilgange, der kan give noget (tilbage) til både tværvideenskabeligt samarbejde, til mine informanter, som også var forsøgspersoner, til etnologien og til fremtidige interventionsstudier med ældre og formentlig også andre grupper af forsøgspersoner. Afhandlingen er bygget op sådan, at jeg efter hvert kapitel har samlet op på analytiske

indsigter i relation til udvalgte temaer, der tog form i feltarbejdet. I dette konkluderende kapitel vil jeg bringe mine analytiske indsigter på spil i forhold til diskussioner, der går på tværs af afhandlingen. Det drejer sig om integration af etnologiske hverdagslivsinterventioner i sundhedsforskning og om denne integrations mulige implikationer for studier af ældreliv og aldrende kroppe og for kliniske og ældrepolitiske standarder. Det drejer sig også om domesticeringsbegrebet og om muligheder for at arbejde videre med diskussioner, der angår spørgsmål om domesticering i sundheds- og aldringsforskning. Det betyder, at jeg konkluderer og samler op på afhandlingens bidrag, men også at jeg diskuterer, hvordan den viden, jeg sammen med forskerkollegaer, forsøgspersoner og andre aktører har genereret og sammenvævet omkring kroppe, selvforhold, måltidsrutiner og hjemliggørelse, kan bidrage til eksisterende forskning i samtidige aldringsprocesser. Det er mit udgangspunkt, at afhandlingen intervenserer med sine partikulære og situerede fremstillinger af forskellige aldringsforsøg og kan få effekter på de måder, hvorpå 'gode ældreliv' og aldrende kroppe praktiseres. Det er i den forstand, at jeg ligeledes betragter afhandlingen som etnologiske forsøg med aldring.

Etnologiske hverdagslivsstudier i sundhedsfremme

Med aldringsforsøg som analytisk omdrejningspunkt fører afhandlingen ind i en fortløbende diskussion i etnologien, der handler om, hvordan etnologien (eller etnologen) kan håndtere dilemmaet med på den ene side at deltage i projekter, der har som mål at intervenere i og forbedre menneskers liv eller kroppe, og på den anden side skabe projekter, der vil undersøge, hvordan kulturelle variationer af hverdagsliv former sig, hvad det vil sige at praktisere specifikke hverdagsliv, og hvad det vil sige at have eller blive bestemte kroppe og selv (Damsholt 2016; Damsholt og Jespersen 2014; Jespersen, Bønnelycke & Eriksen, 2014; Petersen og Munk 2011). Der er ingen simple løsninger på dette dilemma. Afhandlingens forsøg på at forme en tilgang til aldringsforsøg og konfigureringer af aldring som flertydigt videns- og interventionsobjekt har dog betydning for, hvad det er, jeg har bidraget med til etnologien som monofaglig disciplin, men også til etnologien som eventuelt fremtidig deltager i folkesundhedsinitiativer.

I afhandlingens metodologiske overvejelser reflekterer jeg blandt andet over, hvordan mit projektopdrag og forventningerne til, at jeg som etnolog skulle 'tage mig af' forsøgspersonernes hverdagsliv, fik betydning for feltarbejdets forløb og dermed for min undersøgelses udformning. Med afhandlingen har jeg forsøgt at håndtere mit opdrag ved konstant at forholde mig til og omgøre den oprindelige projektbeskrivelse. I stedet for at anskue hverdagsliv som en fastformet enhed eller kontekst, som min forskning skulle afdække eller føje noget til, har jeg i afhandlingen vist, hvordan (ældres) hverdagsliv bliver rutiner og strukturer, som kontinuerligt tager form i komplekse og gensidige relationer til blandt andet velfærdsstatslige

forebyggelsesinitiativer og sundhedsinterventioner, herunder ligeledes til de kliniske forskningspraksisser i CALM. Jeg har vist, hvordan selvteknologisk domesticerede og selvintervenerende ældre bliver en forudsætning for, men også et produkt af det randomiserede kliniske forsøg og en (ny) standard for aldring. Det vil sige, at CALM-projektet også er med til at give forsøgspopulationen og en generation af særligt 'aktive' ældre sin ontologiske status. Som sådan kan afhandlingen *også* fungere som et argument for at anskue RCT-baserede sundhedsinterventioner som alliancepartnere i biopolitisk styring eller som neoliberale governmentale værktøjer (Katz 2000; Brives 2016:22), der har til formål at producere og forme subjekter i folkesundhedens navn.

Der er dog ikke nødvendigvis analytisk forklaringskraft i at gøre neoliberalisme til et diagnostisk begreb eller at gøre Foucaults ideer om biopolitik til en fyldestgørende karakteristik af samtidige forebyggelsesinitiativer og folkesundhedsinterventioner. Det ville ganske enkelt være at bagatellisere alt det, som jeg blev en del af i mit feltarbejde, og som udspillede sig på klinikken og i forsøgspersonernes hjem. Mit overvejende fokus har derfor været at undersøge, hvordan skiftende biopolitiske rationaler og løsninger materialiseres og involveres med andre aldringsforsøg i situerede interventionsspecifikke praksisser. Det har jeg gjort ved som tidligere nævnt at lade mig guide af interventionens primære aktører – forskere, fysioterapeuter, trænere og forsøgspersonerne – og ved først og fremmest at fokusere på, hvordan forskellige realiseringer og tilpasninger af protokollen praktiseres i blandt andet muskelbiopsitagning, blodprøver og trænings- og måltidsrutiner. Det er et centralt argument i afhandling, at ældrepopulationen formes som et (nyt) biopolitisk subjekt, der kan være en spejling af velfærdsstatens udvikling. Dog har jeg samtidig argumenteret for, at sundhedsinterventioner og herunder CALM-interventionen virker på forskellige måder i gensidige relationer til igangværende ældreliv, og derved bliver medkonstituerende for adskillige variationer af aldringsforsøg. I den forstand bliver der tale om et flertydigt biopolitisk subjekt, men også om et subjekt, som er mere en hin enkelte og mindre end totaliteten (Foucault 1982:213): Jeg har vist, hvordan forskningspraksisser og livsstilsændringer involveres med varige og foranderlige kollektive hushold og rutiner.

Selvom jeg i vidt omfang har fokuseret på forsøgsdeltagelse i feltarbejdets praktiske set-up, har jeg, frem for at koncentrere mig om ældre forsøgspersoner og *deres* individuelle barrierer og muligheder for sunde livsstilsvalg og livsstilsændringer som adskilt fra interventionens procedurer og protokoller, udviklet en interesse i, hvordan den kliniske intervention i CALM kunne realiseres i kraft af – og nogle gange på trods af – kollektive, interventionsspecifikke hverdagspraksisser. Jeg har vist, hvordan sundhedsinterventioner som interventionen i CALM ikke har én retning ud i et hverdagsliv eller for den sags skyld intervenserer på en forhåndenværende aldrende krop, der deraf bliver en entydig og modtagelig størrelse. Forsøgsdeltagelse handler ikke kun om den enkeltes muligheder for at indarbejde protokollen i et givent hverdagsliv eller at tilpasse sig en interventionsprotokol. Mit feltarbejdsbaserede materiale har derimod inviteret til

refleksioner omkring, hvordan politiske, normative og videnskabelige agendaer, blandt andet for det aktive og sunde ældrelev og 'længst muligt i eget hjem', domesticeres og dermed også produceres og transformeres i allerede igangværende ældrelev. Jeg har på den baggrund vist, hvordan de kliniske procedurer, protokoller – kort sagt de kliniske forskningspraksisser – også bliver materielle, praktiske forsøg på at få forskellige, men sameksisterende aldringsforsøg til at hænge sammen og ikke mindst *virke* sammen.

Aldrende kroppe og situerede forhold til kroppen i aldringsprocessen

Afhandlingen er således først og fremmest en kulturanalyse, der drejer sig om forskellige, igangværende og sammenfiltrede aldringsforsøg som kontinuerlige domesticeringer af specifikke måder at blive ældre på. I kraft af mine detaljerede undersøgelser af aldrende kroppe og relationer mellem kroppe og selv i forsøgsdeltagelse har afhandlingen leveret et vigtigt bidrag til nyere kulturgerontologisk forskning.

Til trods for det kulturgerontologiske felts mangfoldighed, og på trods af at kroppe faktisk er overvældende tilstede inden for kulturgerontologien, er der, som jeg berører i afhandlingens indledning, en tendens til at favorisere de diskursive og normative dimensioner af kropslige praksisser i studierne af samtidige aldringsprocesser. Dette skyldes blandt andet, at kulturgerontologisk forskning har formet sig som en kritik af biomedicinsk og politisk 'favorisering' af aktiv og sund aldring. Kulturgerontologiens engagementer i aktive og sund aldringsprogrammer har lidt skarpt optegnet hovedsageligt antaget to former: På den ene side har forskere forsøgt at forstå de sociale og kulturelle faktorer, der hæmmer eller fremmer "aktiv-aldringsadfærd" (præcis som mit projekt var tænkt i CALM-ansøgningen og af mine kolleger i interventionen (se afhandlingens metodologiske overvejelser i kapitel 2)). På den anden side har politiske analytikere og kritiske socialgerontologer (McHugh 2000; Katz 2000; Katz & Marshall 2003; Grøn 2018) undersøgt, hvordan aktiv og sund aldring har påvirket de normative forventninger til ældrelevet på måder, der skaber – ofte begrænsende, stereotype forestillinger om og forventninger til – ældrelevet. Fælles for disse studier er fraværet af materielle kroppe og af subjektivering som materielle, kropslige processer. Der findes i kulturgerontologisk forskning en fænomenologisk erfaret krop (eg. Twigg 2000; Alftberg 2012; Grøn 2018), men de fænomenologiske studier tilbyder ikke konkrete indsigter i, hvordan aldrende (forsøgs)kroppe tager aktiv del i og artikuleres som variationer af aktiv og sund aldring. Det gør nærværende afhandling.

Særligt i afhandlingens kapitel 4 og 5 har jeg med inspiration fra blandt andre Akrich og Berg (2004) vist, hvordan aldrende kroppe artikuleres både diskursivt og materielt og bliver afgørende for de måder, hvorpå der kan skabes viden om aldring i såvel kliniske praksisser som i etnologien og i ældres hverdagsliv.

Det skal derfor ikke forstås sådan, at den aldrende krop underlægges et klinisk blik, og at forsøgspersonerne har eller tildeles en aldrende krop, som dermed bliver objekt for biomedicinske aldringspraksisser. Med mine undersøgelser i den kliniske intervention i CALM viser jeg, hvordan de måder, hvorpå de ældre indgår i træning, i test og i laboratoriemålinger, ikke blot underlægges kliniske objektiveringer. De kliniske interventionspraksisser formes også af de ældres strategier for håndteringen af aldring, som når Kim i kapitel 5 modsætter sig fysioterapeutens kontinuerlige hensyntagen til en bestemt aldrende krop, som han ikke kan genkende som det subjekt, han ønsker at (for)blive, og som ikke stemmer overens med hans forhold til kroppen i aldringsprocessen. Jeg argumenterer for, at forsøgsdeltagelse kan anskues som en form for udveksling eller koreografering i Thompsonsk forstand (jf. Thompson 2005), som både involverer, stabiliserer og destabiliserer eksisterende og fremtidige subjektdannelser. Det er en udveksling, der kan gå glat, men som også implicerer følelser, skiftende forventninger til alderdommen og forhåbninger om at være eller blive ældre på særlige – også kropslige – måder. Dette peger på flere ting i forhold til at forstå, hvordan nye aldringsforsøg artikuleres og domesticeres, og hvordan min undersøgelse bidrager til det (kultur)gerontologiske felt:

For det første bliver ideen om aldringsprocesser som karakteriseret ved en disintegration mellem krop og selv (Kaufman 1986) ikke entydig, og kontinuitet mellem livsfaser bevares ikke alene på trods af kroppens forfald, men forholdet til kroppen i aldringsprocessen må forstås som situeret. Samtidig er den kliniske intervention kun et af mange igangværende tiltag, der har fokus på muskelopbygning eller muskelstabilisering i form af særligt styrketræning (se også afhandlingens indledning). Ikke kun CALM-projektet, men en bred vifte af forskningsprojekter og forskellige fitnessbevægelser som eksempelvis Crossfit har fokus på, hvordan muskelstyrkende træning kan have en gavnlig effekt på funktionsevne og mobilitet og i sidste ende livskvalitet. Det betyder ikke, at sammenhænge mellem træning, aldring og livskvalitet ikke tidligere har været etableret (se kapitel 5). Men at muskelopbyggende træning er fundament for det gode ældreliv, er et forholdsvist nyt ideal, som få forskere i kulturvidenskaben tidligere har beskæftiget sig med. Det drejer sig ikke længere kun om at være slank og undgå overvægt, man skal samtidig efterstræbe en muskulært stærk krop. Alt sammen så de ældre vedblivende kan passe på sig selv og undgå en lang række af sygdomme. Særligt når det gælder kvindekroppen, har der været en tydelig bevægelse fra et ideal om, at kvinder skal være tynde, til et andet ideal, der tilsiger, at kvinder skal være stærke og have markerede muskler. Således har flere studier peget på, at der op gennem 00'erne er sket en forandring i synet på kvindekroppen (Trangbæk 2005, Weitz 2015). På trods af denne tilsyneladende forandring er det for Helle og Ruth i kapitel 5 og for flere af de andre kvindelige forsøgspersoner imidlertid stadig væsentligere at være slank end stærk. I den forstand viser jeg med afhandlingen, hvordan materielle kroppe og forskellige forhold til kroppen i aldringsprocessen, kontinuerligt forhandles, formes og udfordrer kliniske standarder.

Forsøg med kollektivt baserede rutiner og hverdagsliv

I afhandlingens tredje del fremhævede jeg særligt deltagernes konkrete udfordringer og møjsommeligheder med at omsætte både diætombælgninger og træningsrutiner i igangværende hverdagsliv. I kapitel 6 udfoldede jeg gennem analyser af tre forsøgspersoners måltidsrutiner, hvordan interventionens diætombælgninger og helt konkret proteindrikken giver anledning til interventionsspecifikke måltider, som kan vanskeliggøre forsøgspersoner. Det er i forhold til valg af fødevarer og tidspunkter at spise på, men også i forhold til dagsrytme og ægtefællers indbyrdes roller og følelser. For deltagerne bliver CALM-interventionen på forskellige måder en *"impliceret måltidspartner"*, der skal have plads blandt måltidspartnere i det udvidede hushold af både levende og afdøde familiemedlemmer og eksempelvis tidligere kolleger. Forskere, scaningsbilleder og andre testresultater kommer som måltidspartner for nogle forsøgspersoner til at bekræfte igangværende selvinterventioner og bliver for andre en partner i en livsstilsomlægning ved at fremme normer for den rigtige måde at spise på og ved at fremme bestemte måltidsordre. Implacerede måltidspartnere får afgørende betydning for, hvordan muligheder for praktisk gennemførelse af forsøgsprotokollen tager sig ud i forsøgspersonernes igangværende og kollektive hverdagsliv. Begrebet flytter fokus fra forsøgspersonen som spisende individ og fra diætombælgninger som noget, der angår individet alene, til et fokus på måltider som kollektivt og socialt organiserede rutiner, der i en interventionsoptik kan karakteriseres ved en vis træghed (jf. Damsholt og Jespersen 2014), men som også giver en forståelse af aldringsforsøg som processuelle praksisser.

Kapitlet viser, hvordan måltidsrutiner formes over længere tid i mange forskellige kontekster og implicerer måltidspartnere, som kræver hensyn fra den eller dem, der ønsker at ændre disse. I den forstand er *implacerede måltidspartnere* et konkret, empiribaseret bidrag til etnologien og et begreb, der forhåbentlig kan bruges både i forskning i mad og måltider og givetvis også i andre sammenhænge, hvori der indgår et black-boxet individ. Samtidig peger begrebet og min tilgang til interventionsspecifikke aldringsprocesser generelt på muligheden for at designe sundhedsinterventioner, der tager højde for gensidig samskabelse af intervention og hverdag. Kulturanalysen *"kommer til kort"*, argumenterer Munk og Petersen (2013), hvis den accepterer invitationen fra projekter (som CALM), hvor der forventes socialt robuste løsninger *"[...] på den præmis, at det på forhånd er afgjort, hvilket mulighedsrum projektets og dets problemer kan udfolde sig indenfor"* (ibid.:113). Det står klart, når det viser sig, at det ikke er nok at kortlægge, hvad folk spiser, for at forstå, hvordan eventuelle livsstilsændringer i fremtiden kan implementeres, men også hvordan de spiser og ikke mindst med hvem.

Mens mine engagementer ikke tillod, at jeg var med til at designe CALM-projektet, eller at jeg deltog i de løbende diskussioner omkring tilpasninger af protokollen grundet både tværvideenskabelige relationer og

kravene til biomedicinsk forskning, så viser jeg blandt andet med det analytiske greb 'implicerede måltids-partnere', hvordan etnologien kan blive en del af kliniske interventioner i fremtiden. I arbejdet med forsøgspersonernes 'compliance' handler det om at være opmærksom på, hvilke allerede igangværende livsforløb der er med til at forme interventionsspecifikke hverdagsliv. Ikke for at overkomme disse og fremme en bestemt sundhedsadfærd, men for at synliggøre, hvordan en flerhed af relationer og rationaler, spændinger og modstand involveres i og er med til at tegne forsøgsdeltagelse. Det ligger lige for, at etnologien kan bidrage til dette helt ind i designet og tilpasningerne af den enkelte interventionsprotokol ved at fokusere på og tilgængeliggøre de praksisser, der er involveret i forsøgsdeltagelse. Den største udfordring i den forbindelse er ikke, at viden om 'interventionsspecifikke hverdagsliv' betragtes som et tillæg til kliniske interventioner, sådan som det er tilfældet med min undersøgelse i CALM⁹². Udfordringen er snarere at udvikle sundhedsinterventioner, der tager højde for, hvordan det at intervenere på biologiske kroppe (og her desuden aldrende kroppe i forfald) også til hver en tid involverer produktion af bestemte hverdagsliv (jf. Winther 2017).

Med de overordnede diskussioner omkring domesticering rejser afhandlingen et konkret forslag til, hvordan dette kan lade sig gøre praksis.

Adherence, compliance eller domesticering: tilgange til forsøgsdeltagelse

Afhandlingen bidrager til en central diskussion inden for klinisk interventionsforskning, der i længere tid har handlet om 'compliance' versus 'adherence', ved at undersøge domesticering i relation til undersøgelser, der angår realiseringer af kliniske interventionsprotokoller i menneskers hverdagsliv. Domesticering er ikke et nyt begreb, der skal erstatte adherence eller compliance, men udforskning af domesticering kan åbne op for nye måder at stille spørgsmål på og arbejde med forsøgspersoner og forsøgsdeltagelse i klinisk forskning. Det kan ske på måder, hvor der ikke alene tages højde for kulturelt flertydige og forskellige hverdagsliv og hverdagslivets sociale og kulturelle organisering, men også for den kliniske forsknings uforudsigelighed og de kontinuerlige tilpasninger af protokollen, som ofte af de kliniske forskere ansås som et svaghedstegn ved CALM-projektet, og som også i andre kliniske studier skrives ud af de endelige kliniske data eller i bedste tilfælde optræder som en note.

Som jeg kort var inde på i kapitel 4, var spørgsmål om compliance og adherence i ledelsen af CALM – også på konceptuelt niveau – en kilde til vedvarende diskussioner. Interventionens daglige koordinator og den primære kontakt til forsøgspersonerne tilstræbte at placere den kliniske forsknings tilgang til

⁹² Se metodologiske overvejelser kapitel 2

forsøgsdeltagerne et sted mellem compliance og adherence, hvilket betød, at han krævede af forsøgsdeltagerne, at de mødte op til alle forsøgsdage, at de udførte træningen og indtog proteindrik, men også at han og andre forskere tog hensyn til sygdomsperioder og andre forhindringer, der gjorde, at det kun delvist var muligt at følge protokollen. Adherence har, ligesom compliance, ikke umiddelbart en dansk oversættelse, men det dækker over en mere ligeværdig relation, hvor kliniker og forsøgsperson i et samarbejde, der tager hensyn til den enkeltes livsstil og præferencer, forsøger at leve op til interventionsprotokollen, uden nødvendigvis at følge denne fuldstændig (Buus 2011).

For at muskeltab kunne modvirkes, måtte forsøgspersonerne deltage ved at 'objektivere sig' for bestemte procedurer og repræsentationer og ved at engagere sig i protokollens rutiner. Frem for at virke ved, at forsøgspersonerne alene domesticerede interventionsprotokollens 'livsstilsændringer' i en intentionel tilegnende praksis, og at de i kraft af dette aktivt modvirkede aldersrelateret tab af muskelmasse, fungerede CALM-projektet som nævnt også i og med domesticeringen af normer og diskurser for det rette eller det gode ældreliv. Disse var blandt andet var tydelige i møderne mellem interventionsmedarbejdere og forsøgspersoner, men også i de måder, hvorpå testninger løbende blev tilrettelagt. Dette viser jeg flere steder i afhandlingen, blandt andet i kapitel 3 og 4, hvor jeg argumenterer for, at det daglige kliniske arbejde konstant tilrettelægdes i hensynet til en bestemt forsøgspopulation og kun kunne gennemføres i og med artikulering af aldrende kroppe, der hverken måtte blive for entydigt aktive eller for entydigt skrøbelige. Det at realisere protokollen og forsøgspersonernes compliance med denne handlede således om, hvordan der blandt andet i testlaboratorierne kunne artikuleres 'intervenerbare' forsøgsobjekter og -subjekter. Forsøgsdeltagelse og forsøgspersonernes compliance fremhævede jeg i den forstand som kollektive og distribuerede praksisser. Såkaldt 'compliance' med interventionens livsstilsændringer bliver ikke blot et resultat af individuel motivation, men en praktiseret og distribueret præstation, som effektueres gennem de former for engagement, som muliggøres i og af forsøgsdeltagelsens sociale, normative og materielle værktøjer. Domesticering analyserer jeg i afhandlingen således som komplekse og produktive processer, der involverer mere end en intentionel tæmning eller en bevægelse fra en tilstand til en anden. Jeg peger på, at tilegnelsen af nye teknologier i form af protokollens livsstilsændringer ikke finder sted i en stabil relation mellem et subjekt og et objekt, men at de nye teknologier bliver en del af og transformerer allerede igangværende rutiner og mønstre og normer for aldring (jf. Löfgren og Wikdahl 1999). Med domesticeringsbegrebet, som ellers i en klassisk udgave forudsætter en envejsrelation (jf. Swanson, Lien & Ween 2018), har jeg vist et alternativ til at definere et interventionsobjekt på forhånd. Tilpasninger af protokollen peger derfor ikke nødvendigvis på dårlig forskning, men på klinisk forskning som eksperimentelle processer, der kan gøre kollektive realiseringer af protokollen og hensynet til involverede aktører (og i afhandlingens tilfælde forskellige

aldringsforsøg) til brugbar viden. Viden, der kan give mening i den enkelte kliniske intervention, men som også kan overføres fra studie til studie.

Ved at udforske domesticering bliver det muligt at tilgængeliggøre og tage højde for forskellige praksisser, ligesom en sådan tilgang vil kunne gøre fremtidige folkesundhedsforskere mere opmærksomme på de praktiske konsekvenser af at forme aldringsforsøg og standarder for aldring i en entydig retning. I afhandlingen bliver det i kapitel 4 og 7 særligt tydeligt, hvordan aldringsforsøg på folkesundhedsområdet som 'længst muligt i eget hjem' og 'aktiv og sund aldring' involveres og støder sammen i forskernes og forsøgspersoners forsøg på at definere og forholde sig til aldring som videns- og interventionsobjekt. Det gør de, fordi interventionen på den ene side har til formål at gøre aldrende kroppe fysisk i stand til at blive længst muligt i eget hjem og på den anden side har den aktive, selvintervenerende ældre som forudsætning og mål. Den selvintervenerende ældres domesticeringer af nye rutiner viser sig i høj grad *uafhængig* af hjemmet som sted (som fastlåst og afgrænset domus), og forsøgsdeltagerne artikuleres som *for* (socialt) aktive til at tilpasse sig interventionen og interventionsprotokollens hjemmetræning.

Frem for at diskutere læge-patientforholdet som isoleret fra andre sociale, materielle og normative faktorer, hvilket er udgangspunktet for både compliance and adherence-begrebet, så er det mit argument, at man med et udgangspunkt i domesticering som flertydige og kollektive *processer* (Tsing 2018) kan åbne op for at designe sundhedsinterventioner, der tager højde for, hvordan det kliniske arbejde håndteres løbende og altid involverer allerede domesticerede normer for, hvad biologiske kroppe kan være. Det vil invitere til, at man i klinisk forskning kaster et kritisk blik på, hvordan ens egen forskningspraksis samtidig har en domesticerende effekt på det, man studerer. Hvis det bliver for vidtgående, er det måske netop i forhold til dette, at etnologien kan spille en aktiv rolle som partner i designet af og tilpasninger af interventionsprotokoller i fremtidige RCT-baserede sundhedsinterventioner.

Allerede igangværende aldringsforsøg: hvem producerer aldring?

Selvom RCT-baserede sundhedsinterventioner ikke nødvendigvis kan oversættes eller generaliseres til andre praksisser, forstået på den måde, at de, som jeg også har vist, inkluderer et mindre og selektivt udvalg af befolkningen, så har jeg argumenteret for, at CALM kan anskues som et initiativ, der producerer og fremmer bestemte aldringsprocesser. Pointen er ikke, at CALM som en helhed endte ud med entydige aldringsforsøg, herunder at den etnologiske undersøgelse, kun peger ét sted hen og er medskabende for én form for aldring. Derimod anskuer jeg mine refleksioner i dette og afhandlingens andre kapitler som situerede problematiseringer af de aldringsprocesser, der tog form i CALM i kraft af blandt andet den kliniske forskning, de ældres igangværende ældreliv og det etnologiske projekt. Som en del af CALM og med sin

interesse for CALM-interventionen kan nærværende afhandling dog være med til at gøre visse aldringsforsøg, visse måder at leve på og visse aldrende kroppe mere sandsynlige end andre. Det skyldtes blandt andet den rolle, min etnologiske undersøgelse var tiltænkt i projektet, og som også i forholdet til forsøgspersonerne var vanskelig at vriste sig fri af. Det skyldtes også den gruppe af ældre, som CALM var konstituerende for.

Den form for kontinuerlig selvintervention og selvskabelse, som analyserne udpeger som karakteristisk ved forsøgspopulationen i den kliniske intervention, forekommer at være knyttet til en bestemt gruppe af ældre, hvis basale velfærd i forhold til blandt andet sundhedsyndelser allerede er tilvejebragt. Det kan være vanskeligt at forestille sig lignende aldringsprocesser i samfund, hvor der ikke på samme måde er sikret adgang til almen velfærd. Jeg viser, hvordan den gruppe af ældre, som indgår i afhandlingens analyser, i høj grad bliver selvteknologisk domesticerede "velfærdssubjekter"; det kan være den første generation af succesfuldt integrerede velfærdsstatsborgere, der har påtaget sig livslang selvintervention. Som kollektive hverdagsliv og som individer bliver de bios-borgere på mange forskellige måder, men de har det tilfælles, at de som generation betragtet har været subjekter for *velfærdsstatslige* sundhedsinterventioner af forskellig karakter, hvad enten det har drejet sig om forhold vedrørende reproduktion, ernæring eller fysisk aktivitet.

Jeg har vist, hvordan muligheden for vedblivende selvintervention allerede er en del af de måder, hvorpå aldring praktiseres i de ældre forsøgsdeltagers hverdagsliv såvel som i kliniske praksisser. I den forstand kan man være kritisk over for afhandlingens analytiske ressourcer, fordi jeg med disse kan komme til at bekræfte de praktiseringer af livslang aldring som vedvarende selv- og identitetsskabelse, der for mange bliver et ideal – og for nogle måske et pres (jf. Swane & Blaakilde 1998). Det er jeg opmærksom på, men det betyder ikke, at det nødvendigvis er meningsfuldt at forsøge at tage afstand fra disse begreber og analytikker.

I lyset af mine undersøgelser har jeg samtidig argumenteret for, hvordan de protokoller og instrumenter som bruges i 'aktiv aldringsforskning', idet de har til formål at bidrage til socialt brugbar og robust videnskabelse, ofte uintenderet, lukker variationer af aldringspraksisser, affekter og kroppe ude. Muligheden for at få øje på disse fraværende, ekskluderende praksisser, affekter og kroppe kan være en af flere argumenter for at inkludere etnologien i folkesundhedsinitiativer. I en nyere undersøgelse beskriver antropolog Jon Rasmussen, hvis begrebsudvikling afhandlingen også har trukket på som analytiske ressourcer, dem, han kalder "usædvanlige ældre" (2017). Rasmussen følger ældre på "byens underside", de fattige, de hjemløse, dem, der blandt andet praktiserer det, han kalder "usædvanlig socialitet" (Rasmussen, 2017:298). Der er brug for disse beskrivelser, for det er liv, vi kender ganske lidt til, og som er helt fraværende fra CALM. Det er liv, som CALM end ikke gør sig forhåbninger om at nå med sine anbefalinger til livsstilsændringer, fordi det er nogle helt andre ting, som er på spil for de her mennesker, såsom adgangen til velfærdsyndelser eller

slet og ret en bolig, varmt vand og tøj. Det er mennesker, der på mange måder står uden for velfærdssamfundet, og som ikke har "lært" sig at praktisere aldring på samme måder som den forsøgspopulation, der indgår i den kliniske intervention i CALM. På trods af at der mangler den slags ældre i min undersøgelse, ligesom der mangler ældre, der har nået den fjerde alder, og som grundet aldersrelateret forfald har et plejebæhov, kan nærværende afhandling læses som et argument for, at der *også* er behov for, at forskningen involverer sig med de aldringsforsøg, som kan komme til at dominere velfærdssamfundets indretning, eller som *allerede* dominerer vores velfærdssamfunds indretning. I kraft af mine etnologiske involveringer med CALM-projektet bliver afhandlingen ligeledes en afsøgning af en ny "normal" inden for sundhedsvidenskabelig, men også kulturvidenskabelig aldringsforskning. Jeg har argumenteret for, hvordan denne normalstandard lever af 'de andre', den lever af det, der ikke kan rummes i den kliniske intervention; de 'for skrøbelige' og 'de for aktive', og CALM-projektet lever ikke mindst af de kroppe og hverdagsliv, som man vil forsøge at nå, men som projektet på grund af de kliniske standarder ikke kan inkludere.

De aldringsforsøg, som domesticeres i CALM-projektet, forstår jeg som nævnt i vidt omfang som processer eller bevægelser henimod selvintervenerende, selvopretholdende og selvhjulpne borgere, der kan klare sig i eget hjem og dermed har mindre behov for velfærdsydelser. Den rituelle, karnevaleske fælleskrop, som jeg diskuterer i det afsluttende analytiske kapitel, kobles til velfærdsstatens overlevelse (Jespersen 2011; Otto 2006:16) og bliver i den forstand også 'samfundsdomestisk'. De ældre skal genkende sig selv i en bestemt alder i en bestemt krop og i en bestemt aldringsproces. I afhandlingen viser jeg dermed, hvordan en normalisering på ældreområdet produceres, og hvordan denne normalstandard kontinuerligt domesticerer praksisser, kroppe og politikker i nye sammenhænge – kort sagt nye aldringsforsøg.

Fremtidige forsøg med aldring som 'længst muligt i eget liv'

Peter: Jeg har jo også den frygt, som alle ældre formentlig har – specielt med de manglende muligheder. Hvis nu man skal på plejehjem, altså man bliver holdt så længe hjemme, og det er rart og fint nok, altså når man er frisk, men hvis man nu skal på plejehjem, så vil man gerne kunne komme det. De kan bare sige, at der ikke er plads. Det bedste ville være, at når man har behov for det, så skulle man kunne finde en ny boligform. Det er bare ikke sikkert, at man selv er i stand til at føle det, og altså vurdere det.

- Interview 26.januar 2016

Som jeg også kort berørte i indledningen, bevæger ældreplejen sig i vidt omfang fra at være 'kompenserende' til at være rehabiliterende og aktiverende. Et ældrepolitisk koncept "lifelong living" eller på dansk "længst muligt i eget liv" har således i vidt omfang erstattet 'længst muligt i eget hjem'. Dette koncept fokuserer på selv- og medbestemmelse i forhold til eget liv. Konceptet "længst muligt i eget liv" rummer ideen om, at ældre (og desuden kronisk syge) skal have hjælp til løbende at justere deres hverdag til de eksempelvis fysiske forandringer, de oplever. Målet er det samme som med 'længst muligt i eget hjem', nemlig at udsætte eller helt undgå institutionalisering. Det er dog formuleret som et forsøg på at tilpasse plejebehovet til den enkeltes ressourcer. I forhold til forsøgspersonerne i CALM giver det, som jeg viser i det forrige og afsluttende analytiske kapitel 7, mening at have fokus på sociale relationer frem for på et afgrænset sted (hjemmet) som centrum for god aldring. '*Længst muligt i eget liv*' kunne i den forstand udspringe af de forskellige aldringsforsøg, jeg i afhandlingen har beskæftiget mig med. Om end '*længst muligt i eget liv*' ideelt set også kan rumme de ældre, som Rasmussen beskriver, for hvem hjem er vanskeligt eller umuliggjort, er det i den forbindelse igen væsentligt at pointere, at gruppen af forsøgspersoner, der indgår både i min afhandling og i CALM-projektet som sådan, over en bred kam er ressourcestærke og også fysisk velfungerende ældre. Der er tale om ældre, der ikke er bundet til hjemmet grundet aldersrelaterede sygdomme eller handicaps. Etnolog og aldringsforsker Aske Jul Lassen argumenterer i en kronik i den danske avis Politiken for, at selvom ældrepopulationen er forskelligartet, så gælder det i vores samtid om at indrette velfærdsstatens institutioner på disse lange, socialt og fysisk aktive liv (Lassen Politiken 19.7.2018).

Som jeg har vist i afhandlingen, kan disse lange, aktive liv imidlertid i vidt omfang anskues som domesticerede biprodukter af sundhedsinterventioner som CALM, der fremhæves som robuste løsninger i skabelsen af et aldersintegreret samfund.

Som det fremgår af citatet ovenfor, bliver aldring for Peter, som vi mødte i indledningen og i afhandlingens kapitel 4, imidlertid netop kontinuerlige forsøg. Det er hans pointe, at han ikke nødvendigvis kan blive ved at holde sig aktiv og selvintervenerende – også selvom det er det, han arbejder på i kraft af sin deltagelse i CALM-projektet. Han håber, at han ikke selv skal være i stand til at bede om den rette hjælp, når han får brug for det, men han frygter, at der ikke findes en socialitet eller et kollektiv, der kan eller vil tage vare på ham, når han ikke længere er i stand til vedvarende selvintervention. Afhandlingen munder derfor ikke ud i aldringsforsøg som afsluttede, afrundede og entydige enheder. Aldring bliver måske snarere 'forsøg' på tilpasninger og afvisninger af måder at leve længst muligt i eget liv.

Litteraturliste

Abbots, E. J. & Lavis, A. (red.) (2013). *Why we eat, how we eat: Contemporary Encounters between Foods and Bodies*. London: Routledge.

Aceros, J. C., Pols, J., & Domènech, M. (2015). Where is grandma? Home telecare, good aging and the domestication of later life. *Technological Forecasting & Social Change* 93(1). 102–111.

Adams, V. (2013). Evidence-based global public health. I: Biehl, J., & Petryna, A. (red.), *When people come first: Critical studies in global health* (s. 54-90). New Jersey: Princeton University.

Akrich, M. (1992). The de-description of technical objects. I: Bijker, W. E., & Law, J. (red.), *Shaping technology/building society: Studies in sociotechnical change* (s.205-224). Cambridge: MIT Press.

Alftberg, Å. (2012). *Vad är det att åldras?: en etnologisk studie av åldrande, kropp och materialitet*. Lunds Universitet. Ph.d.-afhandling.

Andersen, M. (2014). *A question of location – Life with fatigue after stroke*. Københavns Universitet. Ph.d.-afhandling.

Appelbaum, P. S., Lidz, C. W. & Grisso, T. (2004). Therapeutic misconception in clinical research: Frequency and risk factors. *IRB: Ethics & Human Research*, 26(2), 1-8.

Appelbaum, P. S., Roth, L. H., Lidz, C. W., Benson, P., & Winslade, W. (1987). False hopes and best data: Consent to research and the therapeutic misconception. *Hastings Center Report*, 17(2), 20-24.

Armstrong, D. (2013). Actors, patients and agency: A recent history. *Sociology of Health & Illness*, 36 (2), 163–174.

Asdal, K., & Moser, I. (2015). Experiments in Context and Contexting. *Science, Technology, & Human Values*, 37(4), 291-306.

Bakhtin, M. (1968). *Rabelais and his world*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.

Barad, K. (2003). Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 28(3). 801–831.

Beasley, J. M., Shikany, J. M., & Thomson, C. A. (2013). The role of dietary protein intake in the prevention of sarcopenia of aging. *Nutrition in Clinical Practice: official publication of the American Society for Parental and Enteral Nutrition*, 28(6), 684-690.

Bechshøft, R.L. (2017). *Resistance training in elderly people: The influence of training load and age on muscle mass and function*. Phd-afhandling. Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen. 2017.

Bechshøft, R. L., Reitseder, S., Højfeldt, G., Castro-Mejía, J. L., Khakimov, B., Ahmad, H. F., Kjær, M., Engelsen, S. B., Johansen, S. M., Rasmussen, M. A., Lassen, A. J., Jensen, T., Beyer, N., Serena, A., Perez-Cueto, F. J., Nielsen, D. S., Jespersen, A. P., & Holm, L. (2016). *Counteracting age-related loss of skeletal muscle mass: A clinical and ethnological trial on the role of protein supplementation and training load (CALM Intervention Study): Study protocol for a randomized controlled trial*. København: Københavns Universitet

Bell, C. (1992). *Ritual Theory, Ritual Practice*. New York: Oxford University Press.

- Berg, M., & Akrich, M. (2004). Introduction—bodies on trial: Performances and politics in medicine and biology. *Body & Society*, 10(2-3), 1-12.
- Biggs, S., & Powell, J. L. (2001). A Foucauldian analysis of old age and the power of social welfare. *Journal of Aging & Social Policy*, 12(2), 93-112.
- Bille, M., & Sørensen, T. F. (2012). *Materialitet: En indføring i kultur, identitet og teknologi*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Blaakilde, A. L. (1999). *Den store fortælling om alderdommen*. Viborg: Munksgaard.
- Blaakilde, A. L. (2004). Løber tiden fra Kronos? Om kronologiseringens betydning for forestillinger om alder. *Tidsskrift for kulturforskning: Alderens kulturelle konstruktion*, 4(1), 67-85.
- Blaakilde, A. L. (2008). Livshistorie og reminiscens. I: Swane, C., Blaakilde, A. L., & Amstrup, K. (red.), *Gerontologi: Livet som gammel. En tværfaglig lærebog i gerontologi* (s. 202-209). København: Munksgaard.
- Blaakilde, A. L. (2011). *Bedstemorsnak. Et kulturanalytisk studie af ældre kvinders liv i dansk familiekultur i det 20. århundrede*. Københavns Universitet. Ph.d.-afhandling.
- Blaakilde, A. L., & Nilsson, G. (red.). (2014). *Nordic Seniors on the move. Mobility and migration in later life*. Lund: Lund Studies in Art & Cultural Sciences, 4.
- Brichet, N., & Hastrup, F. (2018). Industrious landscaping: The making and managing of natural resources at Søby Brown Coal Beds. *Journal of Ethnobiology* 38(1), 8-23.
- Brives, C. (2013). Identifying ontologies in clinical trial. *Social studies of Science*, 43(3), 397-416.
- Butler, J. (2007) [1999]. Performativitetens sociale magi. I: Sønndergaard, D. (red.). *Feministiske tænkere. En tekstsamling*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Buus, N. (2011). *Forbedring af adherence til medicinsk depressionsbehandling med udgangspunkt i brugerperspektivet*. Syddansk Universitet: IST - Institut for Sundhedstjenesteforskning. Helbred, Menneske og Samfund.
- Bülow, M., & Söderquist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies* 31, 139-149.
- Bønnelycke, J. (2018). Have fun living healthily! An ethnological study of museums promoting health. Københavns Universitet, ph.d.-afhandling.
- Candea, M. (2013). The fieldsite as device. *Journal of Cultural Economy*, 6(3), 241-258.
- Cherubini, A., & Crome, P. (2015). The Exclusion of older subjects from clinical trials: The PREDICT study. I: Cherubini, A., Ferrucci, L., Marchionni, L., Studenski, S., & Vellas, B. (red.), *Clinical trials in Older Adults* (s. 1-22). Wiley Blackwell.
- Clark, C. (2004). Emotional gifts and 'you first' micropolitics: Niceness in the socioemotional economy. I: Antony S., Frijda, N., & Fischer, A. (red.), *Feelings and emotions. The Amsterdam symposium* (s. 402-421). Manstead, Cambridge: Cambridge University Press.
- Clotworthy, A. (2017). *Empowering the elderly? A qualitative study of municipal home-health visits and everyday rehabilitation*. Københavns Universitet. Ph.d.-afhandling.

- Clotworthy, A. (2018). 'Hjemmearbejde' – om hvordan hverdagsrehabilitering i hjemmet påvirker ældre borgere. I: Glasdam, S., & Jacobsen, F. F. (red.), *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker* (s. 407-423). København & Bergen: Gads Forlag.
- Cohn, S. (2014). From health behaviours to health practices: An introduction. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 157-162.
- Cohn, S. (2016). Blood and the public body: A study of UK blood donation and research participation. *Critical Public Health*, 26(1), 24-35.
- Coleman, S., & Collins, P. (red.) (2006). *Locating the field: Space, place and context in anthropology*. Oxford: Berg publishers.
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People*. The European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)
- Cussins, C. (1996). Ontological choreography: Agency through objectification in infertility clinics. *Social studies of science*, 26(3), 575-610.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. København: Liber/Copenhagen Business School Press.
- Damsholt, T. (2012). Diversitet og museale heterotopier – om naturalisering og nationalisering af kulturel diversitet i migrantnationer. *Nordisk Museologi*, 2, 33-46.
- Damsholt, T. (2015). Staging emotions: On configurations of emotional selfhood, gendered bodies, and politics in late eighteenth century". I: Sharma, D., & Thygstrup, F. (red.), *Structures of Feeling. Affectivity and the study of culture* (bind 5, s. 98-115). Germany: De Gruyter
- Damsholt, T., & Jespersen, A. P. (2014). Innovation, Resistance or Tinkering. Rearticulating Everyday Life in an Ethnological Perspective. *Ethnologia Europaea, Journal of European Ethnology* 44(2), 9-38.
- Damsholt, T., & Simonsen, D. G. (2009). Processer, relationer og performativitet. I: Damsholt, T., Simonsen, D. G., & Mordhorst, C. (red.), *Materialiseringer: Nye perspektiver på materialitet og kulturanalyse* (s. 9-38) Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. New York: Routledge.
- Dentith, S. (1995). *Bakhtinian thought. An introductory reader*. London: Routledge
- Despret, V. (2004). The body we care for: Figures of anthropo-zoo-genesis. *Body & Society*, 10(2-3), 111-134.
- Ehn, B., & Löfgren, O. (2006). *Kulturanalyser*. Aarhus: Klim
- Ehn, B., & Löfgren, O. (2010). *The secret world of doing nothing*. Berkeley: University of California Press.
- Estes, C. L. & Binney, E. A. (1989). The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas. *The gerontologist*, 29(5), 587-596.
- Featherstone, M. (1995). Post-bodies, ageing and virtual reality. I: Featherstone, M., & Wernick, A. (red.), *Images of aging* (s. 227-44). London: Routledge.

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>

Fisker, A. M., Bagger, N. C., Heilmann, A. E. U., Skovsby, K., & Bauer, N. (2018). Ældre & mad: Et historisk perspektiv. Aalborg: Aalborg Universitet, Institut for Byggeri og Anlæg. DCE Technical Memorandum, Nr. 72

Flores, P. (2017, 25. september). Disse tankevækkende tal viser, hvordan Europas unge voksne er dårligere stillede end deres forældre. *Zetland*. Lokaliseret på <https://www.zetland.dk/historie/sOXVn6w3-aekXrv2R-b254f>

Fortes, M. (1984). Age, Generation and social Structure. I: Kertzer, D. I., & Keith, J. (red.), *Age and Anthropological Theory* (s. 99-122), New York: Cornell University Press.

Foucault, M. (1982). The Subject and Power. I: Dreyfus, H., & Rabinow, P. (red.), *Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (2. udg. s. 208-226). Chicago: The University of Chicago Press.

Foucault, M. (1984). The ethic of care for the self as a practice of freedom: An interview with Michel Foucault on January 20, 1984. *Philosophy and Social Criticism* 12(2-3), 112-31.

Foucault, M. (1988). Technologies of the Self. I: Martin, L. H., Gutman, H., & Hutton, P. H. (red.), *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault* (s. 16-49). London: Tavistock Publications Ltd.

Foucault, M. (1994 [1976]): *Viljen til viden: Seksualitetens historie 1*, Frederiksberg: Det lille Forlag.

Foucault, M. (1995) [1977]). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (2001). The subject and power. I: Power – essential works by Foucault 1954-1984. New York: Penguin

Foucault, M. (2003). *Society must be defended: Lectures at Collège de France, 1975-76* (oversat af David Macey). New York, N.Y., USA: Picador

Fødevarestyrelsen (2012). *Råd om mad når du er over 65 år – supplement til De Officielle Kostråd*. Lokaliseret på <https://altomkost.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/raad-om-mad-naar-du-er-over-65-aar/>

Gilliad, C. & Higgs, P. (2007). The third age and the baby boomers: Two approaches to social structuring of later life. *International Journal of Ageing and Later Life*, 20(4), 329-40.

Goffman, E. (1971). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books

Gomart, E. (2004). Surprised by methadone: In praise of drug substitution treatment in a French clinic. *Body and Society*, 10(2-3), 85-110.

Gordon, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. I: Burchell, G., Gordon, C., & Miller, P. (red.) *The Foucault effect. Studies in governmentality* (s. 1-52), Chicago: The University of Chicago Press.

Grøn, L. (2018). Sårbarhed i ældrelivet mellem kategorisering og erfaring. Hvem er de sårbare ældre? I: Glasdam, S., & Jacobsen, F. F. (red.). *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker* (s. 338-353), København & Bergen: Gads Forlag.

Grøn, L., & Andersen, C. (2014). *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen: Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*. København: Kora.

Gullestad, M. (1992) Home Decorations as Popular Culture: Constructing homes, genders and classes in Norway. I: T., del Valle (red): *Gendered Anthropology* (s. 128-161). London: Routledge.

Gusfield, J. R. (1987). Passage to play: Rituals of drinking time in American society. I: Douglas, M. (red.), *Constructive drinking. Perspectives on drink from anthropology* (s 73-90). Cambridge: The Press Syndicate of the University of Cambridge.

Gustafsson, K., & Sidenvall B. (2002). Food-related health perceptions and food habits among older women. *Journal of advanced nursing*, 20(3). 237-247.

Halse, C. (2009). Bio-citizenship: Virtue discourses and the birth of the bio-citizen. I: Wright, J., & Harwood, V. (red.), *Biopolitics and the 'Obesity epidemic': Governing bodies* (s. 45-59). London: Routledge.

Haraway, D. J. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599.

Haraway, D. J. (2003). *The companion species manifesto: Dogs, people, and significant otherness*. Chicago: Prickly Paradigm Press.

Haraway, D. J. (2007). *When species meet*. Minnesota: University of Minnesota Press.

Hastrup, F. (2011). Shady plantations: Theorizing coastal Shelter in Tamil Nadu. *Anthropological Theory*, 11(4), 425-439.

Hastrup, F. (2014). Analogue Analysis. Ethnography as Inventive Conversation. *Ethnologia Europaea, Journal of European Ethnology, Special issue: European Ethnology Revisited*. 48-60.

Hillcoat-Nallétamby, S., & Ogg, J. (2014). Moving beyond 'ageing in place': Older people's dislikes about their home and neighbourhood environments as a motive for wishing to move. *Ageing and Society*, 34(10), 1771-1796.

Hillersdal, L., Christensen, B. J., & Holm, L. (2017). Changing tastes: Learning hunger and fullness after gastric bypass surgery. *Sociology of Health and Illness*, 39(3), 474-487.

Holstein, M., & Minkler, M. (2003). Self, society and the 'new gerontology'. *The Gerontologist* 43(6), 787-96.

Hylland, O. M. (2002). *Folket og eliten: En studie av folkeopplysning som tekst i tidsskriftet Folkevennen*. Oslo Universitet. Ph.d.-afhandling.

Højrup, T. (1983). *Det glemte folk. Livsformer og centraldirigering*. København: Statens Byggeforskningsinstitut.

Højrup, T. (1995). *Omkring livsformsanalysens udvikling*. København: Museum Tusculanum.

Højrup, T. (1999). Etnologi og politik. I: Damsholt, T., & Nilsson, F. (red.) *Ta fan i båten – Etnologins politiske utmaningar* (s. 134-152). Lund: Studentlitteratur.

Idvall, M. (2007). Att höra till de äldre på väntelistan för njurtransplantation. I: Jönsson, L., & Lundin, S. (red.). *Åldrandets betydelser*. Malmö: Studentlitteratur. 147-174.

Ioannou, S. (2005). Health logic and health-related behaviours. *Critical Public Health*, 15(3), 263-273.

Jensen, T. (2018) Ældre menneskers mad og spisesituationer. I: Glasdam, S., & Jacobsen, F. F. (red.). *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker* (s. 320-334), København & Bergen. Gads Forlag.

Jensen, H. T., Plum, V., & Skiver, P. H. (2018) *Nye tendenser i flyttemønstre i Danmark: Voldsomt stigende regionale forskelle i boligpriserne og nye tendenser i befolkningens bosætningsmønstre*. 12. sep. 2018, RUC: Institut for teknologi og mennesker

Jespersen, A. P. (2007). *Engagement i arbejdet? Konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger*. University of Copenhagen: Ph.d.-afhandling.

Jespersen, A. P. (2011). Kroppe i laboratoriet. Individuelle kroppe, forsøgskroppe og samfundskroppe i kliniske forsøg med overvægt. *Kulturstudier*, 2(2), 119-141.

Jespersen, A. P., Bønnelycke, J., & Eriksen, H. H. (2014). Careful science? Bodywork and care practices in randomised clinical trials. *Sociology of health & illness*, 36(5), 655-669.

Johnson, A. (2013). The athlete as model organism: The everyday practice of the science of human performance. *Social Studies of Science*, 43(6), 878-904.

Jonvallen, P. (2005). *Testing pills, enacting obesity. The work of localizing tools in a clinical trial*. Linköping: Department of technology and social change, Linköping Universitet: Ph.d.-afhandling.

Juel, F. M. (2016, 25. august). Så grum er dansk vækstkrise: Børn bliver fattigere end deres forældre. *Berlingske Tidende*. Lokaliseret på <https://www.berlingske.dk/oekonomi/saa-grum-er-dansk-vaekstkrise-boern-bliver-fattigere-end-deres-foraeldre>

Jöhncke, S. (2009). Kritisk omtanke. Et forsvar for etiske dilemmaer i akademisk og anvendt antropologi. I: Hastrup, K. (red.). *Mellem mennesker. En grundbog i antropologisk forskningsetik* (s. 249-274). København: Hans Reitzels forlag.

Jöhncke, S., Svendsen, M. N., & Whyte, S. R. (2004). Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I: Hastrup, K. (red.), *Viden om Verden – en grundbog i antropologisk analyse* (s. 385-407). København: Hans Reitzels Forlag.

Jönsson, H (2018). Den tanjbara gemenskapen. Måltiden som spänningsfält mellan mitt, ditt och vårt. I: Salomonsson, K. (red.) *Mitt och ditt: Etnologiska perspektiv på ägandets kulturella betydelse*. Lund studies in arts and cultural sciences, 17. Lund: Lund Studies in Arts and Cultural Sciences.

Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia.

Katz, S. (2000). Busy bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 135-152.

Katz, S., & Marshall, B. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17(1), 3-16.

Katz, S., & Marshall, B. (2004). Is the functional 'normal'? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living. *History of the Human Sciences*, 17(1), 53-75.

Kaufman, S. R. (1986). *The Ageless Self*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Kaufman, S. R. (2010). Time, clinic technologies, and the making of reflexive longevity: The cultural work of time left in an aging society. *Sociology of Health & Illness*, 32(2), 225-237.

Kaufman, S. R., Shim, J. K., & Russ, A. J. (2004). Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges. *Gerontologist*, 44(6), 731–738.

Kayser, N. N. (2003). *Madkultur – opbrud og tradition*. København: Forlaget Klim

Kerner, S., Chou, C., & Warmind, M. (2015). *Commensality: From everyday food to feast*. London. Bloomsbury Publishing.

Kjellberg, J., & Iversen, A. (2018). *Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver*. Lokaliseret på https://www.kora.dk/media/8666454/301206-flere-aeldre_sundhedsvaesenets-oekonomi_pdfa.pdf

Kjær, S. H. (2009). *Sådan er det at elske: En kulturanalyse af parforhold*. København: Museum Tusculanums Forlag.

Kofod, J. E. (2009). Afvikling af hjem: Ældre danskeres flytning fra eget hjem til plejehjem. Tidsskriftet Antropologi

Kohli, M. (1986). The world we forgot: A historical review of the life course. I: Marschall, V. W. (red.). *Later life: The social psychology of aging* (s. 271-303). Beverly Hills: Sage.

Knorr-Cetina, K. (2001). *Objectual practice*. I: Schatzki, T. R., Knorr-Cetina, K., & von Savigny, E. (red.). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. New York: Routledge.

Kuriyama, S. (1999) *The expresiveness of the body: And the divergence of Greek and Chinese medicine*. New York: Zone Books.

Lamb, S. (2017). Introduction. I: Lamb, S. (red.). *Successful aging as a contemporary obsession: Global perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press

Larsen, J., & Meged, J. W. (2012). At fotografere og filme byen: Visuel etnografi. I: Andersen, J., Freudendal-Pedersen, M., Koefoed, L., & Larsen, J. (red.), *Byen i Bevægelse: Mobilitet, Politik, Performativitet* (s. 302-319). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Laslett, D. (1989). *A fresh map of life: The Emergence of the Third Age*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Lassen, A. J. (2014a). *Active ageing and the unmaking of old age: The knowledge productions, everyday practices and policies of the good late life*. Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling.

Lassen, A.J. (2014b). Billiards, rhythms, collectives – Billiards at a Danish activity centre as a culturally specific form of active ageing. *Ethnologia Europaea*, 44(1).

Lassen, A.J. (2015). Keeping disease at arm's length – how older Danish people distance disease through active ageing. *Ageing and Society*, 35(7), 1364-1383.

Lassen, A.J. & Jespersen, A.P. (2015). Ældres hverdagspraksisser i aldringspolitikken: Om synkroniseringsarbejdet imellem hverdag og politik. *Tidsskriftet Kulturstudier*, 6(1), 79-99.

Lassen, A. J. (2018, 19. juli). Drop snakken om 'de ældre'. Vi er vidt forskellige når vi bliver 65 år. Nogle er totalt nedslidte - andre i forrygende form og friske på eventyr. *Politiken*. Lokaliseret på <https://politiken.dk/debat/kroniken/art6633328/Drop-snakken-om-de-%C3%A6ldre.-Vi-er-vidt-forskellige-n%C3%A5r-vi-bliver-65-%C3%A5r.-Nogle-er-totalt-nedslidte-andre-i-forrygende-form-og-friske-p%C3%A5-eventyr>

Lassen, A. J. & Moreira, T. (2014). Unmaking old age – Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30(1), 33-46.

Law, J. (1994) *Organizing Modernity*. Blackwell, Oxford.

Law, J. (2000). On the subject of the object: Narrative, technology, and interpellation. *Configurations*, 8(1), 1-29.

Law, J. (2002): On Hidden Heterogeneities: Complexity, Formalism, and Aircraft Design. I: Law, John & Mol, Annemarie (red.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Durham: Duke University Press.

Law, J. (2004a). Matter-ing, Or How Might STS Contribute?, Centre for Science Studies, Lancaster: Lancaster University. Lokaliseret på <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2009TheGreer-BushTest.pdf>

Law, J. (2004b). *After method. Mess in social science research*. London & New York: Routledge.

Law, J., & Mol, A. (2001). Situating technoscience: an inquiry into spatialities. *Environment and planning D: society and space*, 19(5), 609-621.

Law, J. & Mol, A. (2002). *Complexities: Social studies of knowledge practices*. Duke University Press.

Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press.

Latour, B. (1999). *Pandora's hope: Essays on the reality of science studies*. Cambridge: Harvard University Press.

Latour, B. (2004): How to talk about the Body. The Normative Dimension of Science Studies. *Body and Society*, 10(2-3), 205-229.

Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press

Leilund, S. (2012). Det havde været mere rationelt straks at lægge pengene i skraldespanden: Madspild og husmoderdyder mellem materialitet og ideologi. *Tidsskriftet Kulturstudier nr. 2*, 43-72.

Lien, M.E., Swanson, H. A., & Ween, G. B. (2018). Naming the Beast – Exploring the Otherwise". I: Lien, M. E., Swanson, H. A., & Ween, G. B (red.). *Domestication gone wild: Politics and practices of multispecies relations* (s. 1-30). Durham: Duke University Press.

Lindberg, M. (2006) *Compliance. Om afvigelser mellem lægers ordinationer og patienternes faktiske mediciner*. København: Institut for Rationel Farmakoterapi.

Lundin, S. (2007). Gamla kroppar och nya tekniker. I: Jönsson, L. & Lundin, S. (red.). *Åldrandets betydelser*. Malmö: Studentlitteratur, 175-200.

Löfgren, O. (2014). The Black Box of Everyday Life: Entanglements of Stuff, Affects, and Activities. *Cultural Analysis*, 13, 77-98.

Löfgren, O., & Wikdahl, M. (1999). Domesticating cyberdreams: Technology and everyday life. I: Lundin, S., & Åkesson, L. (red.). *Amalgamations: Fusing Technology and Culture* (s. 40-62). Lund: Nordic Academic Press.

Lövgren, K. (2009). *Se lika ung ut som du känner dig: kulturella föreställningar om ålder och åldrande i populärpress för kvinnor över 40*. Norrköping: Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier.

Matthews, J. N. (2006). *Introduction to randomized controlled clinical trials*. Boca Raton: CRC Press.

Mattingly, C., Grøn, L., & Meinert, L. (2011). Chronic homework in emerging borderlands of healthcare. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 35(3), 347-375.

McCabe, M., & Fabri, A. (2012). Vitamin practices and ideologies of health and the body. *International Journal of Business Anthropology*, 3(1), 39-61.

McHugh, K. E. (2000) The "ageless self"? Emplacement of identities in sun belt retirement communities. *Journal of Aging Studies*, 14(1), 103-115.

Mellemgaard, S. (1998). *Kroppens natur, sundhedsoplysning og naturidealer i 250 år*. København: Museum Tusculanum.

Michael, M. & Rosengarten, M. (2013). *Innovation and biomedicine: ethics, evidence and expectation in HIV*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Miller, D. (2001). Behind Closed Doors. I: Miller, D. (red.). *Home Possessions. Material Culture Behind Closed Doors* (s. 1-19). Oxford: Berg.

Miller, D. (2005). Materiality – an introduction I: Miller, D. (red.) *Materiality* (s. 1-50). Durham: Duke University Press.

Moreira, T. (2004). Self, agency and the surgical collective: Detachment. *Sociology of Health and Illness*, 26(1), 32-49.

Mitchell, J. P. (2006). Performance. I: Tilley, C., Keane, W., Küchler, S., Rowlands, M., & Spyer, P. (red.). *Handbook of Material Culture* (s. 384-401). London, U.K.: Sage Publications Ltd.

Moody, H. R. (2008). Afterword: The maturing of critical gerontology. *Journal of Aging Studies* 22, 205-209.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.

Mol, A. (2008a). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*, London and New York: Routledge

Mol, A. (2008b). I eat an apple: On theorizing subjectivities. *Subjectivity* 22(1), 28–37.

Mol, A. (2012) Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. *Social Studies of Science*, 43(3), 379-396

Mol, A. (2014). Language trails: 'Lekker' and its pleasures. *Theory, Culture & Society*, 31(2-3), 93-119.

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (red.) (2010). *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeldt: Transcript Verlag.

Moltsen, M. (2016, 15. februar). Mystisk stof kan være nøglen til et længere liv. *Videnskab.dk*. Lokaliseret på <https://videnskab.dk/krop-sundhed/mystisk-stof-kan-vaere-noglen-til-et-laengere-liv>

Montgomery, C. M., & Pool, R. (2017). From 'trial community' to 'experimental publics': How clinical research shapes public participation. *Critical Public Health*, 27(1), 50-62.

Moreira, T. (2004). Self, agency and the surgical collective: Detachment. *Sociology of Health and Illness*, 26(1), 32-49.

Moreira, T., & Palladino, P. (2008). Squaring the curve: The anatomo-politics of ageing, life and death. *Body and Society*, 14(3), 21-47.

Moreira, T. (2016). *Science, Technology and the Ageing Society*. London: Routledge.

Morley, J. E. (2004). The top 10 hot topics in aging. *The Journals of Gerontology, series A* 59(11), 24-33.

Moser, I. (2005). On becoming disabled and articulating alternatives. *Cultural Studies*, 19(6), 667-700.

Muir, E. (2005). *Ritual in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Møller, A. (2018). *De værdigt gamle. Om alderdomskonfigurerende praksisser i Danmark omkring år 1900*. Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling.

Nelson, N. C., Keating, P., Cambrosio, A., Aguilar-Mahecha, A., & Basik, M. (2014). Testing devices or experimental systems? Cancer clinical trials take the genomic turn. *Social Science and Medicine* 111, 74-78.

Nisgaard, A. (2018, 5. marts). Video: Forskere vil dræbe celler der gør os gamle og syge. *DR.dk*. Lokaliseret på <https://www.dr.dk/nyheder/viden/kroppen/video-forskere-vil-draebe-celler-der-goer-os-gamle-og-syge>

Nilsson, G. (2011). Age and class in the third age. Talking about life as a mappie. *Ethnologia Scandinavica*, 41, 71-88.

Nissen, M. (2012). *The Subjectivity of Participation: Articulating Social Work Practice with Youth in Copenhagen*. London: Palgrave Macmillan.

Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485-513.

Otto, M. H. (2016). Implied meal partners: Ethnographic accounts of elderly participants in a clinical intervention and their meals. *Ethnologia Scandinavica*, 46(6), 87-104.

Otto, L. (1998a). *Rask eller lykkelig – Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.

Otto, L. (1998b): *Biografi og subjektivitet, et bidrag til selvoptagethedens genealogi*. Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling.

Otto, L. (2012) *Generation*. I: Gyldendal: Den store danske encyklopædi. Lokaliseret på http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Etnologi/Etnologiske_termer/generation

Otto, L. (udateret, men senest tilgået 2018, 4. august). Arbejdsrapport om Foucaults "governmentalitetsteori": Styringsteknologi og subjektivitet. Lokaliseret på <http://etnologi.ku.dk/upload/application/pdf/f51d6748/Governmentality.pdf>.

Oxlund, B. (2012). Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 17, 101-118

Petersen, M. K., & Munk, A. K. (2013). I vælten: kulturanalysens nye hverdag. *Kulturstudier*, 4(1), 102-117.

Petersen, A., & P.K., Kjellberg ved KORA (2017). *Det gode hverdagsliv i Egedal Kommune*.

Lokaliseret på https://www.kora.dk/media/4936304/11027_det-gode-hverdagsliv-i-egedal-kommune.pdf

Peterson, S. J., & Braunschweig, C. A. (2016). Prevalence of sarcopenia and associated outcomes in the clinical setting. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* 31(1), 40-48.

Pickard, S. (2013). A new political anatomy of the older body? An examination of approaches to illness in old age in primary care. *Ageing and Society*, 33, 964-87.

Phoenix, C., & Griffin (2015). Sport, physical activity and ageing. I: Twigg, J., & Martin, W. (red.). *Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (s. 329-336). London: Routledge.

Pilcher, J. (1994) Mannheim's sociology of generations: An undervalued legacy. *The British Journal of Sociology*, 45(3), 481-495.

Pink, S. (2001). *Doing visual ethnography, images, media and representation in research*. London: Sage Publications Ltd.

Pols, J. (2005). Enacting appreciations: Beyond the patient perspective. *Health Care Analysis*, 13(3), 203-221.

Powell, J. L. & Wahidin, A. (red.). (2006). *Foucault and aging*. New York: Nova Science Publishers.

Rabeharisoa, V., Moreira, T., & Akrich, M. (2013). Evidence-based activism: Patients' organisations, users' and activist's groups in knowledge society. WORKING PAPERS SERIES 033. CSI WORKING PAPERS SERIES 033. 2013.

Rabinow, P. (1996). *Essays on the anthropology of reason*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rasmussen, J. D. (2017). *En upågtet verden af bevægelse: Et etnografisk studie af hverdagsliv blandt usædvanlige ældre mennesker i storbyen*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

Rod, M. H. (2010). *Forebyggelsens momenter. En antropologisk analyse af evidens og etik i tiltag rettet mod unges brug af alkohol*. Københavns Universitet: ph.d.-afhandling.

Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, N. (1998). *Inventing ourselves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.

Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizenship. I: Ong, A., & Collier, J. S. (red.). *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (s. 439-463). New Jersey: Blackwell Publishing.

Rosen, L., Manor, O., Engelhard, D., & Zucker, D. (2006). In defense of the randomized controlled trial for health promotion research. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1181-1186.

Rosendahl, Y. N. (2018, 13. juni). Er den danske ungdom på røven? *Information*. Lokaliseret på <https://www.information.dk/moti/2018/06/danske-ungdom-paa-roeven>

Sandberg, M. (2014). *Ethnologia Europaea Revisited: Launching Future Ethnologies. An introduction. I: Ethnologia Europaea, Journal of European Ethnology, Special issue: European Ethnology*, 5-16.

Sande, A. (2000). Den norske russefeiringen. Om meningen med rusmiddelbruk sette gjennom russefeiring som et ritual. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 17, 340-355.

Schaie, K. W., & Willis, S. (2001). *Handbook of the psychology of ageing*, (8.udg.). Cambridge: Academic Press.

Scheffler, R. W. (2011). The fate of a progressive science: The Harvard Fatigue Laboratory, athletes, the science of work and the politics of reform. *Endeavour* (2-3), 48-54.

Schiebinger, L. (1986). Skeletons in the closet: The first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century. *Representations*, 14, 42-82.

Schmidt, R. K. (2003). *Bakhtin og Don Quixote. En indføring i Mikhail M. Bakhtins univers*. København: Forlaget Klim.

Schøler, M. (2016). "At være på livsstilsændringer er bare meget lettere": Et antropologisk studie af en gruppe overvægtige mænds erfaringer med at ændre livsstil. Københavns Universitet: ph.d.-afhandling

Schøler, M., & Otto, L. (2011). Mænd og mad: Artikulering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme. *Kulturstudier*, 2(2), 68-91.

Sjørlev, I. (2007). Husets univers: Om danske enfamiliehuse i tid og rum. *Dansk Sociologi*, 18(4), 107-123.

Sjørlev, I. (2008). Scener for Samvær: Ritual, performance og socialitet – en introduktion. I: Sjørlev, I. (red.) *Ritualer, Performance Og Socialitet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag

Sortland, O. 2018. [oversat af Marianne Hjortsø]. Arbejdsdeling og organisering af hjælp til ældre hjemmeboende – et spændingsfelt mellem den ældre, familien og hjemmeplejen. I: Glasdam & Jacobsen (red.). *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker* (s. 390-406). København & Bergen: Gads Forlag

Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers

Stoklund, B. (1979). Etnologiske lokalstudier. *Fortid og Nutid XXVIII*, 26-34.

Stones, D., & Gullifer, J. (2016). "At home it is just so much easier to be yourself": Older adults' perceptions of 'ageing in place'. *Ageing and Society* 36(3), 449-81.

Strathern, M. (2012). Eating (and feeding). *Cambridge Anthropology* 30(2), 1-4.

Styrelsen for forskning og innovation (2006). *Det aldrende samfund 2030*. Lokaliseret på <https://ufm.dk/publikationer/2006/filer-2006/det-aldrende-samfund-2030.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2010). Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/~media/BA9BEC45142F4061BF2C7160D830531F.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2016). *Håndbog i Rehabiliteringsforløb for Ældre: Efter lov om sociale service*. Lokaliseret på <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/6D27215F08464CA0A68E949BBA4BD23B.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018a). *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2017*. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/da/om-os/aktiviteter/~media/6B0DE73A59EA45388F3F72EA66457EE5.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018b). *Fysisk aktivitet: Håndbog om forebyggelse og behandling*. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/~media/6B3A4AE698BC42139572C76C5854BA76.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018c). *Hvad skal der til for at nå en røgfri generation i 2030?*. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/hvad-skal-der-til-for-at-naa-en-roegfri-generation-i-2030>

Sundhedsstyrelsen (2019). *Ældres sundhed og trivsel: Ældreprofilen 2019*. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/da/udgivelser/~media/388EDD0F865045F1BABA4542FA83FCD2.ashx>

Svendsen, M. N. (2009). Kritisk engageret videnskab. Erfaringer fra forskning om gen-og forplantningsteknologierne. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 6(10).

Swane, C. E. & Blaakilde, A. L. (1998). *Aldring og ældrebilleder: Mennesket i gerontologien*. København: Munksgaard.

Søndergaard, D. M. (1996). *Tegnet på kroppen*. København: Museum Tusculanums Forlag.

Timmermans, S., & Berg, M. (1997). Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols. *Social studies of science*, 27(2), 273-305.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard, the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.

Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. London: The MIT Press.

Townsend, J., Godfrey, M., & Denby, T. (2006). Heroines, villains and victims: Older people's perceptions of others. *Ageing & Society*, 26(6), 883-900.

Trads, T. B. (2013, 4. oktober). Fitnesscentret er de ældres nye kaffeklub. *Politiken*. Lokaliseret på <https://www.information.dk/kultur/2013/10/fitnesscentret-aeldresnye-kaffeklub>

Trangbæk, E. (2000). Kvindeidrættens pionerer og den moderne kvinde. *Forum for Idræt* 16, 70-86.

Trangbæk, E. (2005). *Kvindens idræt fra rødder til top*. København: Gyldendal

Tsing, A. L. (2018). Nine Provocations for the Study of Domestification. I: Lien, M. E., Swanson, H. A., & Ween, G. B (red.). *Domestication gone wild: Politics and practices of multispecies relations* (s. 231-251). Durham: Duke University Press.

Tulle, E. (2008). *Ageing, the body and social change: Running in later life*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Tulle, E., & Dorrer, N. (2011). Back from the brink: ageing, exercise and health in a small gym. *Ageing & Society*, 32(7), 1106-1127.

Turner, Victor (2008) [1969] *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. USA: Aldine Transaction.

Turner, B., & Edmunds, J. (2002). *Generations, Culture and Society*. Philadelphia: Open University Press

Twigg, J. (2000). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society* 20, 389-411.

Twigg, J. (2006). *The body in health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ulriksen, L. (2009). The implied student. *Studies in Higher Education*, 34(5), 517-532

Vacher, M. (2006). *Hjem som kulminationen af en tilegnende praksis* [upubliceret arbejdspapir]. Lokaliseret på <https://boligforskning.dk/node/213>.

Vallgård, S. (2009). Forebyggelse og sundhedsfremme: Definitioner, historie og magtudøvelse. I: Glasdam, S. (red). *Folkesundhed: I et kritisk perspektiv* (s. 95-112). Sygeplejerådet, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.

Villadsen, K. (2007). Magt og selv-teknologi: Foucaults aktualitet for velfærdsforskningen. *Tidsskrift for Velfærdsforskning*, 10(3), 156-167.

Wahlberg, A., & Rose, N. (2015). The governmentalization of living: Calculating global health. *Economy and Society*, 44(1), 60-90.

Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75-93.

Weitz, R. (2015). A history of Women's bodies. I: Scott., B. K., Cayleff, S. E., Donedey, A., & Lara, I. (red.). *Women in culture: An intersectional anthology for gender and women studies* (s. 248-255). West Sussex: John Wiley and Sons.

Wiles, J. L., Leibung, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of 'ageing in place' to older people. *Gerontologist*, 52(3), 583-590.

Wilk, Richard (2010). Power at the Table. Food Fights and Happy Meals. *Cultural Studies*, 10(6), 428-436.

Will, C. (2007). The alchemy of clinical trials. *BioSocieties*, 2(1), 85-99.

Windsong, E. A. (2010). There is no place like home: Complexities in exploring home and place attachment. *Social Science Journal*, 47(19), 205-214.

Winther, I. W. (2006). *Hjemlighed: Kulturfænomenologiske studier*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Winther, J. (2017). *Making it work: Trial work between scientific elegance and everyday life workability*. Københavns universitet: ph.d.-afhandling.

Winther, J., Hillersdal, L., & Jespersen, A. P. (2017): *Recruitment Tests. Participant Recruitment in an Exercise Intervention Trial in Denmark*. I: Winther, J. (2017). *Making it work: Trial work between scientific elegance and everyday life workability*. Københavns universitet: ph.d.-afhandling.

Öberg, P. (1996). The absent body – a social gerontological paradox. *Ageing & Society*, 16(6), 701-19.

Bilag 1

Mail til forsøgspersoner

Kære ...

Jeg skriver til dig i forbindelse med din deltagelse i CALM-projektet. Vi har mødt hinanden i forbindelse med dine besøg på Bispebjerg, men jeg vil meget gerne tale mere med dig. Som det gerne skulle fremgå af informationsmaterialet, er de fysiske tests kun en del af forsøget. For at forstå, hvordan det er at være forsøgsperson, træne og drikke et kosttilskud, er det nødvendigt at tale med jer, der deltager i forsøget.

I den forbindelse vil jeg meget gerne interviewe dig i dit hjem i ca. 2 timer. Som etnolog er jeg interesseret i menneskers hverdagsliv, praksisser, rutiner og vaner. Derudover vil jeg spørge til det at blive ældre og lidt til din livshistorie. Jeg vil også meget gerne tage billeder, hvis jeg må for dig.

Som med alt andet i forbindelse med CALM er din deltagelse i interviewet frivillig. Det ville imidlertid være en kæmpe hjælp for hele CALM-projektet, hvis jeg må ringe dig op og lave en aftale om interview. Jeg er ikke interesseret i at evaluere din deltagelse eller tjekke, om du spiser dit kosttilskud eller lignende. Jeg vil derimod gerne forstå, hvordan det er for dig at deltage i forsøget. Jeg garanterer fuld anonymitet, det vil sige at jeg slører din identitet i alle sammenhænge, og jeg vil aldrig bruge billeder, hvor man kan se dit ansigt.

Du kan skrive en mail til mig eller ringe til mig mellem kl.8 og 16 på telefon XX.

Du kan til hver en tid trække dit samtykke til interview tilbage igen.

Håber at høre fra dig.

Mvh. Marie Haulund Otto

Marie Haulund Otto

Cand.mag. Europæisk etnologi

Ph.d.-studerende CALM: www.calm.ku.dk

Afdeling for Etnologi, SAXO instituttet, Københavns Universitet

Bilag 2

Interviewoversigt

| Kulhydrat | Interview 1 1-3 mdr. | Interview 6 mdr | Interview 12 mdr. | Interview 18 mdr. | Bemærkninger |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|----------------------|---|
| Erland | 25.6.2014 | 16.12.2014 | 13.5.2015 | | |
| 78 år | Eget hjem | Sportsmedicinsk Klinik, Bispebjerg | Sportsmedicinsk Klinik, Bispebjerg | | |
| Karen | 26.7.2014 | 12.1.2015 | | | |
| 72 år | Eget hjem | Sportsmedicinsk Klinik, Bispebjerg | | | |
| Gertrud | 6.11.2014 | | | | |
| 72 år | Eget hjem | | | | |
| Ingrid | 3.12.2014 | | | | |
| 72 år | Eget hjem | | | | |
| Mads | 13.4.2015 | | | | |
| 65 år | Eget hjem | | | | |
| Tung Træning | Interview 1 1-3 mdr. | Interview 6 mdr. | Interview 12 mdr. | Interview 18 mdr. | Bemærkninger |
| Anne | 1.7.2014 | | 19.06.2015 | | Indkøb og fitness i Fitness DK ved interview 1 |
| 68 år | Eget hjem | | Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | | Løbende kontakt |
| Helle | 12.8.2014 | 10.1.2015 | | | Løbende kontakt |
| 66 år | Eget hjem | Sportsmedicinsk klinik Bisbjerg | | | |
| Agnes 68 år og Ole 71 år | 18.11.2014 Eget hjem | | 11.11.2015 Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | | Løbende kon- takt. Ved inter- view 2 var infor- manter adskilt |
| Birte | 11.12.2014 | Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | | | Løbende kontakt |
| 70 år | Eget hjem | | | | |
| Jan | 10.12.2014 | | 11.5.2015 | | Løbende kontakt |

Aldringsforsøg

Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

| | | | | |
|------------|------------------------|---|---------------------------------------|--|
| 65 år | Eget hjem | | Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | |
| Finn 68 år | 10.3.2015 Eget hjem | 9.4.2015 Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | 18.1.2016 Eget hjem | Grete, ægte- fælle, deltager Løbende kontakt |
| Benny | | 1.11.2015 | | Løbende kontakt |
| 68 år | | Eget hjem | | |

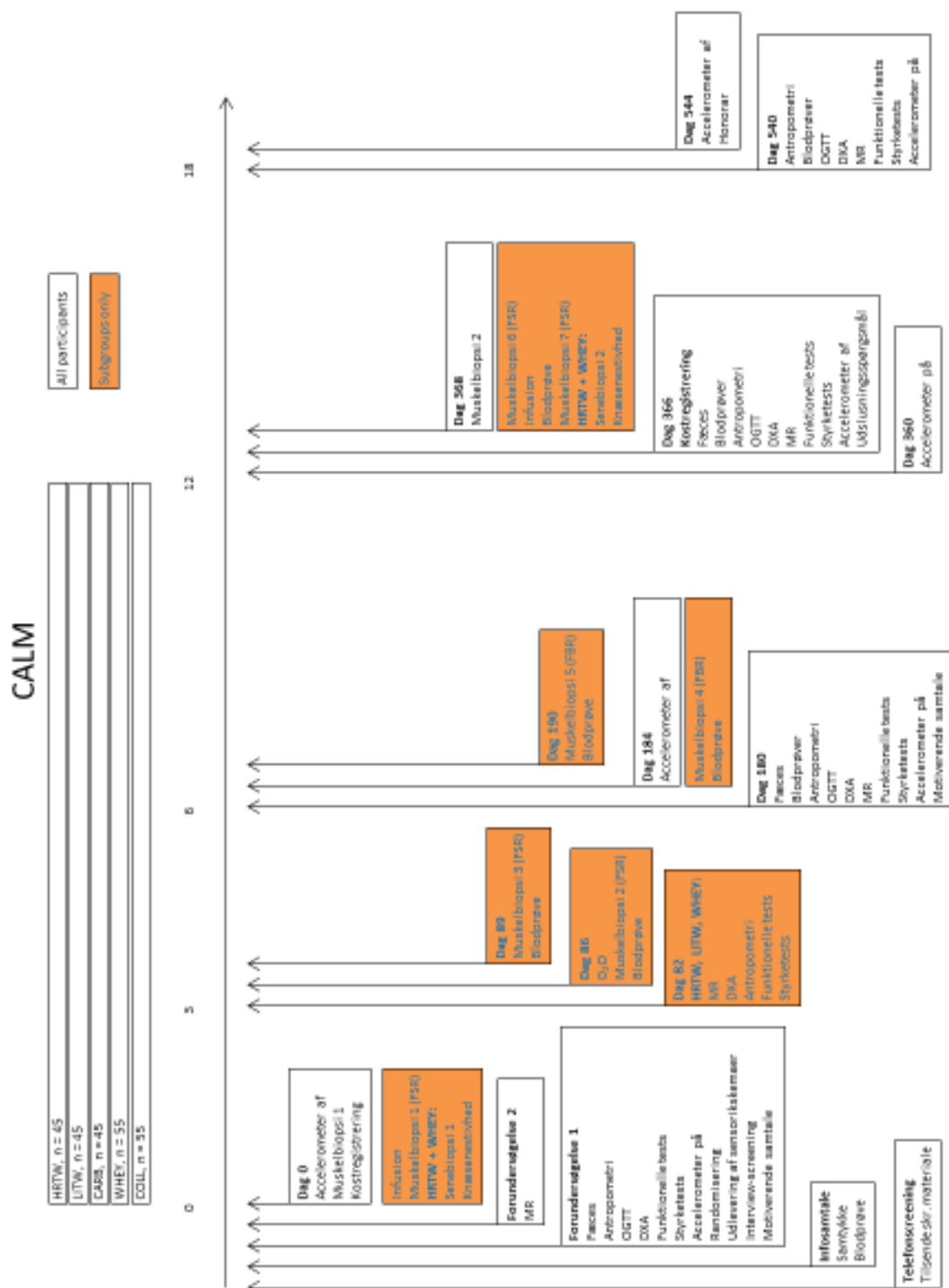
| Let træning | Interview 1 1-3 mdr. | Interview 6 mdr. | Interview 12 mdr. | Interview 18 mdr. | Bemærkninger |
|--------------------|-------------------------|---------------------|--|------------------------|--|
| Niels 78 år | 29.7.2014 Eget hjem | 4.12.2014 | 29.5.2015 | | Tur i Rundetårn 10. august 2014 Hjemmebesøg med fysiotera- peut den 4.12 2014 |
| Christian 66 år | 23.9.2014 Eget hjem | | | | Hjemmebesøg med fysiotera- peut 16.10.2014 |
| Peter 76 år | 4.11.2014 Eget hjem | | | 26.1.2016 Eget hjem | Tur i Botanisk have 4.10 2014 Hjemmebesøg med fysiotera- peut den 2.3.2015 |
| Helene 73 år | 25.11.2014 Eget hjem | | | | |
| Kathrine 65 år | 8.12.2014 Eget hjem | | | 6.4.2016 Eget hjem | |
| Tove 67 år | 4.3.2015 Eget hjem | | 13.1.2016 Sportsmedicinsk klinik, Bispebjerg | | |
| Ellen 70 år | 19.1.2016 | | | | |

Aldringsforsøg

Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| | Eget hjem | | | |
| Karl (vil ikke op- lyse alder) | 26.1.2016 | | | |
| | Eget hjem | | | |
| Ruth 72 år | 11.8.2014 | | 7.1.2016 | Hjemmebesøg med fysiotera- peut den 29.9.2014 |
| | Eget hjem | | Eget hjem | |
| Hans 69 år | | | | Hjemmebesøg med fysiotera- peut den 3.6.2016 |
| Protein | Interview 1 1-3 mdr. | Interview 12 mdr. | Interview 18 mdr. | Bemærkninger |
| Jens | 20.8.2014 | | | |
| 68 år | Eget hjem | | | |
| Hans-Peter | 13.11.2014 | | 20.4.2016 | Løbende kontakt |
| 65 år | Eget hjem | | Café Bispebjerg | |
| Agnete 82 år | 3.11.2014 | | | |
| | Eget hjem | | | |
| Svend 68 år | 19.11.2014 Eget hjem | | | Løbende kontakt |
| Miriam 73 år | 22.1.2014 | | | Droppet ud |
| | Eget hjem | | | |
| Laila 70 år | | 2.3.2015 Eget hjem | | |
| Barbara 65 år og Olav 67 år | 23.6.2015 | | | |
| | Eget hjem | | | |

Oversigt over forsøgsdage i CALM



Resumé

Nærværende afhandling er en undersøgelse af, hvordan samtidige og fremtidige aldringsprocesser konkret produceres som flertydigt videns- og interventionsobjekt i relationer mellem ældres hverdagsliv, kliniske praksisser, kulturgerontologisk forskning og befolkningspolitiske initiativer på aldringsområdet som 'aktiv og sund aldring' og 'længst muligt i eget hjem'.

Afhandlingen bygger på etnologisk medvirken i et tværvideenskabeligt forskningsprojekt, der angik aldersrelateret tab af muskelmasse, også kaldet sarkopeni. Forskningsprojektets omdrejningspunkt var en RCT-baseret klinisk intervention, som testede effekter af træning og diætombælgninger på ældre forsøgspartnere med en kronologisk alder på +65. Med udgangspunkt i et længerevarende etnografisk feltarbejde blandt forsøgspartnere og forskere i den kliniske intervention fokuserer afhandlingen på forsøgspartnerskab som vedvarende, kollektive processer, og herunder undersøger afhandlingen, hvordan interventionsprotokollen realiseres i forsøgspersoners igangværende hverdagsliv.

Overordnet er afhandlingen baseret i en etnologisk sundhedsforskning, der kan karakteriseres ved en samlende interesse for, hvordan medicinske teknologier og etikker gensidigt transformerer og strukturerer menneskers opfattelse af krop, selv og hverdagsliv. Afhandlingen finder sine analytiske ressourcer inden for Science and Technology Studies (STS) og inden for en governmentality-inspireret kulturgerontologisk forskning. En rød tråd i afhandlingen er spørgsmål om domesticering. Afhandlingen undersøger, hvordan selvforhold og relationer mellem krop og selv domesticeres i forsøgspartnerskab, og hvordan interventionsprotokollens træning og diætombælgninger domesticeres i forskellige, allerede igangværende ældreliv og i igangværende måltidsrutiner. Det er et centralt argument, at domesticering ikke nødvendigvis må forstås som en entydig tilegnelsesproces, men kan gå i mange retninger og blive potentielt produktiv.

Afhandlingen består af i alt tre dele fordelt på ni kapitler: Første del er en refleksion over, hvordan afhandlingen beskæftiger sig med aldringsforsøg og bliver etnologiske forsøg med aldring. I anden del af afhandlingen, som består af tre analytiske kapitler, fokuserer jeg på, hvordan der produceres 'intervenierbare' aldringsprocesser i relationer mellem interventionsprotokoller, inklusionskriterier, laboratorieprocedurer og -tests og de ældre forsøgspersoner selv. Igennem detaljerede empiriske analyser af de daglige praksisser i det fysiologiske testlaboratorium og igennem interviews med de implicerede forsøgspartnere og forskere viser jeg, hvordan artikulationer af aldrende kroppe og variationer af aldrende selv produceres og genereres inde fra et umiddelbart 'lukket' system af målinger og klassifikationer, som ellers ofte kun associeres med en biologisk krop. Tredje del af afhandlingen, som består af to analytiske kapitler, udforsker, hvordan træningsprotokol og diætombælgninger domesticeres i de ældres igangværende hverdagsliv. Gennem analyser af tre forsøgspartnerskabers måltidsrutiner udfolder kapitlet, hvordan måltidsrutiner formes over længere tid i mange forskellige kontekster og implicerer forskellige måltidspartnere, som kræver hensyn fra den eller dem, der ønsker at ændre disse. I det afsluttende analytiske kapitel undersøges sammenhænge mellem hjem og domesticering af nye rutiner i forsøgspartnerskab, idet 'hjemmet' spiller en afgørende rolle i de kliniske aldringsforsøg som det rette sted for aldring. Kapitlet viser, at domesticering af træning og de former for aktiv aldring, som interventionsprotokollen promoverer, hænger sammen med hjemliggørelse som sociale og kropslige processer og ikke nødvendigvis med hjemmet som sted. Samtidig viser kapitlet, hvordan de ældres igangværende ældreliv også domesticeres som 'aktive og sunde', idet der etableres et fælles ritual og en socialitet omkring træningen.

En central indsigt i afhandlingen er, at den undersøgte kliniske intervention og de involverede ældreliv og aldrende kroppe medvirker til at producere en standard for aldring, som baserer sig på en selvteknologisk domesticeret ældrepopulation, hvor det at være kontinuerligt selvintervenierende og agerende i forhold til egen tilværelse kan blive afgørende for de måder, hvorpå vi indretter velfærdssamfundet som 'aldersintegreret samfund'.

Abstract

This dissertation investigates how both contemporary and future ageing processes are produced as ambiguous objects of knowledge and intervention; specifically, they are produced in the relation between elderly people's everyday lives, clinical practices, cultural-gerontological research, and public health policy initiatives related to ageing, such as 'active and healthy ageing' and 'living as long as possible in one's own home'.

The qualitative analyses presented here are based on my participation in an interdisciplinary research project that examined age-related loss of muscle mass; i.e., sarcopenia. This randomised clinical trial (RCT) and life-style intervention tested the effects of physical exercise and dietary changes on older participants with a chronological age of 65+. After conducting 18 months of ethnological fieldwork among the clinical intervention's participants and scientific researchers, my work in this dissertation describes participation in the trial as sustained, collective processes; among other things, I examine how the intervention protocol is realised in the trial subjects' everyday lives.

My analyses are grounded in ethnological health research that is characterised by an interest in how medical technologies and ethics mutually transform and structure people's perceptions of the body, the self, and everyday life. My theoretical framework takes inspiration from analytical resources within Science and Technology Studies (STS) as well as 'governmentality-inspired' cultural-gerontological research. Questions about domestication as an unpredictable process are a theme that runs throughout the dissertation. In particular, I examine how a person's relationship to their self and relations between body and self are domesticated through participation in the RCT. I also investigate how the intervention's protocol – including physical exercise and dietary changes – is domesticated in older people's ongoing everyday lives. In this sense, domestication is not necessarily a unique process of acquisition, but a set of practices that can go in many directions and become productive.

The dissertation is comprised of three main parts that are divided into nine chapters: the first part is a reflection on how my work with this project engages with ageing-related scientific trials, and how it becomes ethnological trials with ageing. In the second part, which consists of three analytical chapters, I focus on how ageing processes are produced and made suitable for trialling in the relation between the intervention's protocol, inclusion criteria, laboratory procedures and tests, and the elderly subjects themselves. Through detailed empirical analyses of the daily work practices at the physiological-testing laboratory – as well as through qualitative interviews and informal conversations with both the participants and researchers involved in the trial – I show how articulations of ageing bodies and variations of ageing selves are produced and generated from within the 'closed' system of measurements and classifications that are usually only associated with a physiological body. The third part of the dissertation, which consists of two analytical chapters, explores how the physical-exercise protocol and dietary changes are domesticated in the subjects' ongoing everyday lives. Through my analysis of three participants' meal routines, I describe how such routines develop over a long period of time in many different contexts; they also contain a variety of implied meal partners who demand attention from the person(s) involved or anyone else who might want to change these routines. In the final analytical chapter, I investigate the relationship between the home and the domestication of new routines related to participation in the trial; the "home" often plays a central role in clinical trials related to ageing because it is considered the best place to grow older. Here, I argue that the domestication of exercise and the forms of 'active ageing' reflected in the intervention's protocol are linked to the domestication of certain social and bodily processes, and not necessarily to the home as a meaningful place. I also argue that older people's everyday lives are potentially domesticated as "active and healthy" because shared rituals and sociality become established around the trial's exercise protocol.

A central insight in this dissertation is that clinical interventions such as the one I investigated – as well as the elderly lives and ageing bodies that are involved – jointly contribute to the production of a standard for ageing that is based on a domesticated elderly population that makes use of "technologies of the self". In this

Aldringsforsøg

Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

construction, being continuously self-intervening and acting in relation to one's own everyday life may be a determining factor in how the Danish welfare society is being organised as an 'age-integrated society'.

Ph.d.-afhandling 2019

Marie Haulund Otto

Aldringsforsøg

Kliniske interventioner, aldrende kroppe og hverdagslivets domesticeringer

